| לוגו משרד העבודה, הרווחה והשירותים החברתיים | לוגו תחום התנדבות |
| --- | --- |

# טופס הפניה למתנדב/ת

הריני מאשר בזה כי המתנדב/ת:

| שם פרטי: |  | שם משפחה: |  |
| --- | --- | --- | --- |
| מספר זהות: |  | כתובת: |  |
| טלפון: |  | טלפון נייד: |  |

| מסגרת ארגונית אליה שייך המתנדב/ת |  |
| --- | --- |

| התנדב/ה לעבוד בתחום |  |
| --- | --- |

| בתפקיד |  |
| --- | --- |

למען (הגוף או האדם שלמענו נעשית הפעולה ומקום הפעולה):

|  |
| --- |
|  |

| החל מתאריך: |  | לתקופה של: |  |
| --- | --- | --- | --- |

הפנייה זו ניתנה לעניין פרק י"ג "תגמולים למתנדבים" לחוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב) התשנ"ה 1995 (פרק ט2 לחוק בנוסחו הקודם), שלפיו מבוטחים מתנדבים מן הסוג הנ"ל בדומה לביטוח החל על נפגעי עבודה.

| **תאריך** | **חותמת** | **שם וחתימת נותן ההפניה** |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |

\*תוקפה של הפניה זו לשנה אחת בלבד.

העתקים יימסרו למתנדב ולגוף המפנה לביטוח.



**תחום התנדבות**רחוב ירמיהו 39, מגדלי הבירה, ירושלים

[www.molsa.gov.il](about:blank)| אתר ממשל זמין - [www.gov.il](about:blank)