

תאריך: _____

אל: מדור שכר

מאת: _____

הצהרה על העדרות מהעבודה

אני מצהיר/מצהירה בזאת על העדרות מהעבודה בתאריכים:

יום _____ תאריך _____

יום _____ תאריך _____

יום _____ תאריך _____

סיבת ההעדרות:

- מחלתי *
- מחלת ילד
- מחלת בן משפחה

* העובד/ת רשאי/ת להעדר מהעבודה ללא אישור רפואי בגלל מחלתו עד 3 ימים רצופים.

חתימת העובד/ת