

אגף עובדי הוראה בתפקידי הדרכה

לתשומת לבך
הדו"ח יונס עד ל-5 בכל חודש -נא לציין בדו"ח ימי חופשה -נא לציין ימי מחלה ולצרף אישורים בהתאם -נא להקפיד על 7 שעות עבודה ביום -נא להקפיד על יום עבודה כפי שנקבע בכתב המינוי. **דוחות שיוגשו שניים יוחזרו.**

דוח עבודה חודשי במסגרת ההדרכה לעובדי הוראה : מורה בתפקיד הדרכה אזורי

שם משפחה													השם הפרטי		מס' ת"ז		דוח עבודה חודשי במסגרת ההדרכה לעובדי הוראה : מורה בתפקיד הדרכה אזורי									
מספר ימי הדרכה													היום בשבוע יש למסמן ב-X		☐ א ☐ ב ☒ ג ☐ ד ☐ ה ☐ ו		נשוא ההדרכה: <u>התאמה - שילוב</u> החודש: <u>יוני 2018</u> השנה: <u>2018</u> מקום המגורים: <u>השפלה</u> היחידה / המחוז: <u>השפלה</u>									

[illegible]

הצהרת המדריך	אישור הממונה הישיר	אישור בוחן החשבות
אני מצהיר כי בתאריכים הנ"ל עברתי ונסעתי בהתאם לרשום לעיל. האשיל והוצאות הנסיעה הנדרשים על ידי לעיל לא שולמו לי ולא נדרשו משום גוף נוסף.	הריני מאשר שהעובד הועסק ונסע באישור בהתאם לרשום לעיל: - נסע בתפקיד כרשום לעיל - מגיעת לו הוצאות אשיל ודמי כלכלה תאריך: שם: חתימה:	תאריך: שם: חתימה:

הערה: אם הפעילות מתקיימת ביום אחד בכמה מקומות, יש לפרט כל פעילות בשורה נפרדת, תוך פירוט השעות והפעילות.

הדרכה אזורית

תוכנית עבודה

תאריך הדפסה: 09/01/2018

מכבי שירותי בריאות



115654
מ.ר. גורם מפנה

שם: ד"ר קאץ חנה
תחום שירות: מומחית ברפואת ילדים
כתובת: שד נחל צאלים 6, בית שמש
טלפון: 02-9906333
פקס: 073-2132680

פרטי הנבדק

שם משפחה:	הכסטר	שם פרטי:	רונית	ת.ז.:	33044306
ת.לידה:	01/08/1976	מין:	נ	טלפון:	029993029
כתובת:	נחל קטלב 13, דירה 11, בית שמש				
		טל.עבודה/נייד:	0546664950		
		מיקוד:	9962043		



0033044306

אישור על מחלת הילד

אשר חלה/תה, האבחנה מפורטת ברשומה הרפואית.

וזקוק להשגחת אם/אב מיום: 02/01/2018 עד יום: 02/01/2018, סה"כ 1 ימים. ד"ר חנה קאץ
רופאת ילדים
מספר רשיון 115654

09/01/2018

חתימה וחותמת הרופא

תאריך

09/01/2018

תאריך הדפסה: 09/01/2018

מכבי שירותי בריאות



026562

מ.ר. גורם מפנה

שם: ד"ר רוטמן אברהם

תחום שירות: מומחה ברפואה פנימית

כתובת: שד נחל צאלים 6, בית שמש

טלפון: 02-9906333

פקס: 073-2132680

פרטי הנבדק

שם משפחה: הכסטר



0033044306

שם פרטי: רונית

ת.לידה: 01/08/1976

ת.ז.: 33044306

טל.עבודה/נייד: 0546664950

טלפון: 029993029

מין: נ

נחל קטלב 13, דירה 11, בית שמש

כתובת:

מיקוד 9962043

אישור מחלה

הנני לאשר כי הנ"ל חלה/תה, האבחנה מפורטת ברשומה הרפואית.

אינו/ה מסוגלת/לעבוד מיום: 09/01/2018 עד יום: 09/01/2018 סה"כ: 1 ימים.

09/01/2018

תאריך

מספר רשיון רפואה וחותמת הרופא

ד"ר רוטמן אברהם
מומחה ברפואה פנימית
026562
מספר רשיון רפואה
12679