



תאריך \_\_\_\_\_

## טופס הצהרה

אני (שם פרטי + משפחה) \_\_\_\_\_.

מס' ת"ז: \_\_\_\_\_.

עובד/ת במועצה האזורית במחלקת \_\_\_\_\_.

מצהיר/ה כי בימים: א', ב', ג', ד', ה' .

בתאריכים: \_\_\_\_\_.

לא הגעתי לעבודה מטעמים בריאותיים.

לראיה באתי על החתום,

חתימת העובד/ת \_\_\_\_\_.