

לכבוד :

המוסד לביטוח לאומי

סניף

מחלקת נפגעי עבודה

מספר תיק:

1. מהו תפקידך במקום העבודה? _____

2. מטעם מי נערכה ההשתלמות? _____

3. מה היו נושאי ההשתלמות? _____

נא לצרף העתק מתוכנית ההשתלמות

4. היכן התבצעה ההשתלמות? _____

5. באלו שעות התבצעה ההשתלמות? _____

6. האם ההשתלמות דרושה לביצוע תפקידך? ☐ לא ☐ כן, דרושה ל _____

7. מי יזם את השתלמותך בהשתלמות? _____
נא לצרף את העתק החוזר וההודעה שפורסמו בנושא

8. מי מימן את הוצאות ההשתלמות? _____

9. האם השתתפת בהוצאות ההשתלמות? ☐ לא ☐ כן, בסכום _____

10. האם משולם שכר עבור ימי ההשתלמות? ☐ לא ☐ כן, במסגרת הסכם עבודה ☐ כן, עקב נחיצות ההשתלמות

11. האם ימי ההשתלמות נזקפים ע"י חופשה? ☐ לא ☐ כן

12. האם ההשתלמות מזכה בגמול השתלמות? ☐ לא ☐ כן

13. האם ההשתלמות נעשתה לצורך קבלת גמול השתלמות? ☐ לא ☐ כן

חתימה: _____

תאריך: ____ / ____ / ____