

אישור המעסיק על תקופת העסקה

שם המעסיק	תיק ניכויים
מספר טלפון	מספר פקס
דואר אלקטרוני	

שם העובד:		
מספר ת.ז.:		
תפקיד:		
אחוז משרה (לפני קרות אירוע נכות):		
נא לפרט כמות שעות עבודה חודשיות / שבועיות / יומיות:		
תקופת העסקה מתאריך:	עד תאריך (במידה והסתיימו יחסי עובד-מעביד):	
סיבה להפסקת עבודה:	תאריך סיום עבודה (עקב מחלה או תאונה, גם אם שולמו לאחר מועד זה דמי מחלה ע"י מעסיק):	
תשלום ע"ח ימי מחלה: כן / לא	בין התאריכים:	
ממשיך לעבוד: חלקית משרה לאחר קרות אירוע נכות (נא לפרט מספר שעות עבודה חודשיות/שבועיות/יומיות למשרה חלקית):		
אחוז הפרשה לפנסיה:		
ניכוי עובד:	הפרשות מעסיק:	פיצויים:
במידה ושולם שכר עבודה לאחר מועד אירוע נכות - נא לפרט בגין אילו רכיבי שכר (מחלה, חופשה, הבראה וכו'):		
הערות:		

תאריך _____ שם ממלא הטופס ותפקידו _____

חתימה/ חותמת המעסיק: _____