המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגמלאות
אגף נפגעי עבודה

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	
מס' זהות	
סוג דפים המסמך	

הפניה למתנדב

הריני אשר בזה, כי המתנדב/ת

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות ס"ב

כתובת

רחוב / תא דואר	מס' בית	כניסה	דירה	יישוב	מיקוד

טלפון קווי	טלפון נייד	דואר אלקטרוני
0	0	
	❑ אני מאשר קבלת הודעות SMS	

התנדב/ה לעבוד בתפקיד _____

_____

למען (לציין זהות הגוף או האדם שלמענו נעשית הפעולה ומקום הפעולה): _____

_____

החל ביום _____ לתקופה של _____

הפניה זו ניתנה לעניין פרק יג': תגמולים למתנדבים, לחוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב), התשנ"ה - 1995, (פרק ט2 לחוק בנוסחו הקודם) שלפיו מבוטחים מתנדבים מן הסוג הנ"ל בדומה לביטוח החל על נפגעי עבודה.

_____	_____	_____
תאריך	חותמת	שם וחתימת נותן ההפניה