

טופס ביטוח והפניה למתנדב/ת 2020

תאריך _____

הריני מאשר/ת בזה, כי המתנדב/ת _____

ת.ז. _____ ת. לידה _____ זכר נקבה

כתובת _____ טל. _____

כתובת ד.א (e-mail): _____

הכשרה/השכלה: _____ מקצוע: _____

מעוניין/ת להתנדב בתפקיד _____

שעות וימים מתאימים _____

למען (הגוף או האדם שלמענו נעשית פעולת ההתנדבות ומקום הפעולה) שם המסגרת: _____

האם יש מוכנות להתנדב בעת חירום? כן - לא

הצהרת המתנדב/ת: הריני מתחייב/ת לשמור בסודיות על כל מידע שיגיע אלי בתוקף התנדבותי לא להעבירו לאחרים ולא לעשות בו שימוש אחר.

הפניה זו ניתנה לעניין פרק י"ג "תגמולים למתנדבים" לחוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב) התשנ"ה-1995 (פרק 2 לחוק בנוסח הקודם) שלפיו מבוטחים מתנדבים מן הסוג הנ"ל בדומה לביטוח החל על נפגעי עבודה.

שם וחתימת נותן ההפניה _____

תאריך _____

הערות:

