**שאלון ביטוח מועמד להתנדבות- מרץ 2020**

1 .פרטים אישיים:

שם מלא: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

תעודת זהות:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תאריך לידה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ זכר/ נקבה

כתובת מגורים( שכונה+ עיר) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

טלפון נייד:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

דואר אלקטרוני:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

2.השכלה:

* יסודית
* תיכונית
* אקדמאית

3.עיסוק:

מקצוע:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מקום עבודה : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ תפקיד \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

במידה והינך סטודנט/ית אנא ציין ?( כן / לא )נא לסמן בעיגול

4 .שפות:

* עברית
* ערבית
* רוסית
* אמהרית
* אנגלית
* צרפתית
* ספרדית
* יידיש

אחר:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

לא יעשה שימוש כלשהו בפרטי המתנדבים למטרות שאינן קשורות באופן ישיר למטרות

היחידה להתנדבות-

6 .הריני מצהיר בזאת כי הריני כשיר להתנדבות ואין לי בעיות בריאותיות.

אם קיים בעיות בריאותיות נא פרט מהן:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

חתימת המתנדב תאריך

הפנייה זו ניתנה לעיניין פרק י"ג "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. בכפוף לכך, שההתנדבות הינה בתחומים המוכרים על ידי הביטוח הלאומי, כפי שמצ"ב.

----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**-פנימי(ימולא ע"י המשרד)-**

7 .פרטי מפעיל המתנדב:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם האחראי כתובת מס' טלפון

הריני להצהיר כי כל הפרטים הרשומים לעיל נכונים