

טופס הפניה וביטוח למתנדב

פרטים אישיים של המתנדב:

שם משפחה _____ שם פרטי _____ זכר /נקבה _____
 תעודת זהות _____ תאריך לידה _____ (שנה/חודש/יום) _____
 כתובת _____
 טלפון בבית _____ טלפון נייד _____
 דואר אלקטרוני: _____@_____

פרטי מקום ההתנדבות:

שם מקום ההתנדבות _____ טלפון _____
 כתובת _____
 שם האחראי _____ טלפון ישיר _____
 דואר אלקטרוני של האחראי: _____@_____

תפקיד המתנדב במקום ההתנדבות: _____

היקף הפעילות ההתנדבותית: _____
 מספר פעמים בשבוע/חודש _____ מספר שעות שבועיות/חודשיות _____

הריני להצהיר כי כל הפרטים הרשומים לעיל נכונים

שם המתנדב	חתימה	תאריך
שם האחראי במקום ההתנדבות	תפקיד	חתימה

הפניה זו ניתנת לעניין פרק י"ג "תגמולים למתנדבים" לחוק הביטוח הלאומי (נוסח משולב) התשנ"ה 5991-פרק ט' 2 לחוק בנוסחו הקודם (שלפיו מבוטחים מתנדבים מן הסוג הנ"ל בדומה לביטוח החל על נפגעי עבודה. בכפוף לכך שההתנדבות הינה בתחומים המוכרים ע"י הביטוח הלאומי.

א. יש להקפיד למלא את כל פרטי הטופס ובכתב ברור או מודפס.

ב. טופס לא חתום הינו חסר ערך לצרכי ביטוח מתנדבים של המוסד לביטוח לאומי!

ג. יש למלא ולהחתיים את הטופס ולהחזירו אל דליה קורן: dalia@akim.org.il 03-7662207.