**ה צ ה ר ה**

**לעניין קבלת זכות לתוספת ימי היעדרות בתשלום בגין שירות מילואים של בן/בת הזוג**

**(מכוח צו הרחבה מיום 6.3.2024 "חרבות ברזל")**

**לתקופה שמיום 7.10.23 ועד ליום 31.12.24**

**אני הח"מ:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **שם ומשפחה:**  |       | **מס' ת.ז:** |       |

**מבקש/ת בזאת לקבל זכות לימי היעדרות בתשלום בגין שירות מילואים של בן/בת זוגי ולצורך מימוש הזכות אני הח"מ מצהיר/ה כדלהלן:**

1. **פרטי בן/בת הזוג:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **שם:**  |       | **מס' ת.ז:** |       |

1. **בן/בת זוגי ביצע/ה שירות מילואים בתקופות שלהלן:\***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **מתאריך** | **עד תאריך** | **סה"כ ימים** |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |

 **\* יש לצרף טופס 3010 בגין כל התקופות הנ"ל.**

1. **יש לסמן אחת או יותר מבין הקטגוריות הבאות, החלות בעניינך לצורך קבלת הזכות:**

[ ]  אני בן/בת זוג של משרת/ת במילואים שלו/ה ילד אחד לפחות מתחת לגיל 14.

[ ]  אני בן/בת זוג של משרת/ת במילואים שלו/ה ילד עד גיל 18 שחולה במחלה ממארת או מטופל בדיאליזה.

[ ]  אני בן/בת זוג של משרת/ת במילואים שבהשגחתו/ה או בטיפולו/ה הבלעדי, קרוב**\*** שהוא אדם עם מוגבלות כהגדרתו בסעיף 5 לחוק שוויון זכויות לאנשים עם מוגבלות, התשנ"ח- 1998.

[**\*קרוב** לעניין זה משמעותו בן זוג, הורה, הורי הורה, צאצא, צאצאי בן זוג ובני זוגם של כל

 אחד מאלה, אח/ות ובני זוגם].

[ ]  אני בן/בת זוג של משרת/ת במילואים ולי או לבן/בת זוגי הורה חולה כהגדרתו בחוק דמי מחלה (היעדרות בשל מחלת הורה) ,התשנ"ד– 1993.

1. **מועדי ההיעדרות שלי בימים מלאים, במהלך התקופות שפירטתי בסעיף 2 לעיל:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **מס"ד** | **תאריך ההיעדרות** | **מטרת ההיעדרות** | **הערות**  |
| 1 |       |       |       |
| 2 |       |       |       |
| 3 |       |       |       |
| 4 |       |       |       |
| 5 |       |       |       |
| 6 |       |       |       |
| 7 |       |       |       |
| 8 |       |       |       |

 **\*בהתאם לצו ההרחבה ניתן לנצל את ימי ההיעדרות לאחת או יותר מהמטרות האלה:**

השגחה וטיפול בילד, הורה חולה, קרוב עם מוגבלות, הארכת תקופת לידה והורות, לצורך סידורים הכרחיים לניהול ותחזוקת משק הבית שניתנים לביצוע רק בשעות העבודה, מטרה אחרת שתואמה עם הממונה.

1. **מועדי היעדרות בימים חלקיים - פירוט שעות היעדרות מתחת לתקן יומי, במהלך התקופות שפורטו בסעיף 2 לעיל:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **מס"ד** | **תאריך ההיעדרות** | **שעות ההיעדרות** **(משעה עד שעה)** | **מטרת ההיעדרות**  |
| 1 |       |       |       |
| 2 |       |       |       |
| 3 |       |       |       |
| 4 |       |       |       |
| 5 |       |       |       |
| 6 |       |       |       |
| 7 |       |       |       |
| 8 |       |       |       |

1. **אני מצהיר/ה שכל הפרטים שמסרתי לעיל הם מלאים ומדויקים, ואני מתחייב/ת להמציא לאוניברסיטה לפי דרישתה כל אסמכתא שאדרש לצורך קבלת הזכות.**

**תאריך:** לחץ או הקש כאן להזנת תאריך.

**שם פרטי ומשפחה:**

**חתימה:**        ­