



דו"ח תשלום שכר עבור הדרכת סטודנטים – לימודים קליניים

חלק זה ימולא ע"י העובד:

מס' ת.ז (9 ספרות):

□ □ □ □ □ □ □ □ □

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ מס' עובד/ת: _____

כתובת מגורים: _____ רחוב _____ מספר _____ עיר _____ מיקוד/ת.ד. _____

טלפון: _____ טלפון נייד: _____ כתובת E-mail: _____

תקופת ההתנסות: מתאריך _____ עד תאריך _____ מקום ההתנסות _____

משך ההתנסות: _____ שבועות תשלום עבור סטודנטים _____

תאריך _____ חתימת המדריך/ה _____ אישור ראש היחידה לימודים קליניים
החוג לפיזיותרפיה

=====

חלק זה ימולא ע"י היחידה ואגף משאבי אנוש:

אל: מחלקת משכורות

נא לשלם למדריך/ה הנ"ל סך של _____ ש.ה. סעיף תקציבי לחיוב: _____, לפי הפירוט כדלקמן:

עבור חודש _____ סה"כ לתשלום _____ ש.ה.
עבור חודש _____ סה"כ לתשלום _____ ש.ה.
עבור חודש _____ סה"כ לתשלום _____ ש.ה.
עבור חודש _____ סה"כ לתשלום _____ ש.ה.

תאריך _____ חתימת ראש מינהל הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות _____ חותמת היחידה _____

חתימת הממונה על הנוכחות והעסקת ארעיים: _____