

**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 מתאמת לימודים קליניים  
החוג לפיזיותרפיה

**חלק זה ימולא ע"י היחידה ואגף משאבי אנוש:**

**אל: מחלקת משכורות**

נא לשלם למדריך/ה הנ"ל סך של \_\_\_\_\_ ₪. סעיף תקציבי לחיוב: \_\_\_\_\_, לפי הפירוט כדלקמן:

עבור חודש \_\_\_\_\_ סה"כ לתשלום \_\_\_\_\_ ₪  
עבור חודש \_\_\_\_\_ סה"כ לתשלום \_\_\_\_\_ ₪  
עבור חודש \_\_\_\_\_ סה"כ לתשלום \_\_\_\_\_ ₪  
עבור חודש \_\_\_\_\_ סה"כ לתשלום \_\_\_\_\_ ₪

תאריך \_\_\_\_\_ חתימת ראש מינהל הפקולטה למדעי הרווחה והבריאות \_\_\_\_\_ חותמת היחידה \_\_\_\_\_

חתימת הממונה על הנוכחות והעסקת ארעיים: \_\_\_\_\_