



אגף משאבי אנוש
מחלקת דיווח בקרה וביצוע

תוספת בעד עבודה בפיצול

לשנת _____

היקף משרה

אגף/מחלקה

תפקיד

מס' ת. זהות

שם ומשפחה

להלן שעות עבודתי:

יום א'	יום ב'	יום ג'	יום ד'	יום ה'	יום ו'	
						בוקר: משעה עד שעה
						ערב: משעה עד שעה

ידוע לי כי תשלום התוספת מותנה בהדפסת כרטיס נוכחות, וכפוף לשעות העבודה המפורטת לעיל.

הנני מתחייב/ת להודיע על כל שינוי שיחול בשעות עבודתי.

חתימה וחותמת הממונה

חתימת העובד/ת

תאריך:

ידוע לי כי, על מנת להמשיך לקבל את תשלום התוספת עלי למלא טופס זה בחודש ינואר מידי שנה.

למילוי ע"י אגף משאבי אנוש

זכא"ת לתשלום בעד עבודה בפיצול _____ ימים.

החל מתאריך _____ עד תאריך _____

אישור מחלקת דיווח בקרה וביצוע

