



## הצהרת מחלה

אני הח"מ - \_\_\_\_\_  
שם פרטי ושם משפחה

\_\_\_\_\_ מס' ת"ז

מצהיר כי בתאריכים \_\_\_\_\_ נעדרתי בגין מחלה,  
סה"כ \_\_\_\_\_ ימים.

\_\_\_\_\_ חתימה

\_\_\_\_\_ תאריך