

תעודת מוסד<sup>1</sup>

שם המוסד<sup>1</sup> \_\_\_\_\_ סוג המוסד<sup>2</sup> ישיבה ותיקה בגיל 15  
מס' רישום 350037300 מען המוסד<sup>1</sup> 44 מיקוד 90914  
טלפון 07-5360107  
אני הח"מ 5111  
שם פרטי אילן שם משפחה אילן  
מס' זהות \_\_\_\_\_  
מנהל המוסד<sup>4</sup> גבעתי זאב שם פרטי מועצה מקומית  
מנהל התאגיד \_\_\_\_\_  
שם המוסד/התאגיד \_\_\_\_\_ שם מנהל המוסד/התאגיד \_\_\_\_\_ ת.ז. המנהל \_\_\_\_\_  
אחראי על קבלת אדם לעבודה ב \_\_\_\_\_  
שם המשרד הממשלתי \_\_\_\_\_  
מאשר כי תעודה זו ניתנת על ידי בענין העסקתו במוסד של \_\_\_\_\_  
שם פרטי \_\_\_\_\_ שם \_\_\_\_\_  
משפחה \_\_\_\_\_

מס' זהות

אני מצהיר כי המוסד האמור הוא מוסד כהגדרתו בחוק<sup>1</sup>.

תאריך

- אם שם המוסד אינו ידוע בעת הגשת הבקשה, יצוין סוג המוסד בלבד, ואין צורך למלא את פרטי מען המוסד.
- נא ציין את סוג המוסד מתוך הרשימה שלהלן:

\*מעון לילדים, מעון יום ומשפחתון לילדים, גן ילדים, קייטנה, פנימייה, מועדונית או צהרון שבהם שוהים ילדים, מעון או מסגרת המשמשים למגורים או לטיפול בחסרי ישע, או מרכז עבודה שיקומי המיועד לחסרי ישע, מפעל מוגן, דיור מוגן מתוגבר, הוסטל, הוסטל לצעירים, הוסטל מתוגבר, הוסטל כוללני (כמפורט בס' ר(3)(ג) או ב(1)(ד) עד(ח) לתוספת לחוק שיקום נכי נפש בקבילה, התש"ס - 2000, בית חולים או מחלקה המיועדת לאשפוז חולים סיעודיים, בית חולים כהגדרתו בחוק טיפול בחולי נפש, התשנ"א - 1991.

3 אם התאגיד רשום על פי חוק.

4 נא מלא את האפשרות המתאימה מבין ארבע האפשרויות: מנהל מוסד או מנהל תאגיד או אחראי במשרד ממשלתי או אחראי ברשות מקומית.