



אגף משאבי אנוש
HUMAN RESOURCES DIVISION

אל: אגף משאבי אנוש

אישור השתתפות בקורס כשומע חופשי

הריני לאשר כי העובד/ת _____ ת.ז. _____
השתתף/ה בקורס _____ שמספרו _____,
מתאריך _____ עד תאריך _____.

על החתום,

_____ שם המרצה
_____ תאריך

הצהרת העובד/ת:

הקורס התקיים בימים _____ בין השעות _____.

- ידוע לי כי באפשרותי להשתלם עד 4 שעות לימוד בשבוע ע"ה שעות עבודה, וכי חריגה משעות אלו מחייבת החזר שעות עבודה בפועל.

על החתום
