**דיווח נוכחות חודשי-צוות מרכז טיפולי שמע צפון**

שם העובד/ת: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ מס' תעודת זהות:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

דיווח נוכחות לחודש: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ שנה: \_\_\_\_\_\_\_ היקף משרה: \_\_\_\_ ש"ש

**בימי נוכחות - סמן V, בימי היעדרות - סמן X , בימי בידוד או חופשה – רשום פירוט מדויק**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| שם ביה"ס:  מס' ש"ש: | שם ביה"ס:  מס' ש"ש: | | שם ביה"ס:  מס' ש"ש: | שם ביה"ס:  מס' ש"ש: | | היום בשבוע | | היום  בחודש |
|  |  | |  |  | |  | | 1. |
|  |  | |  |  | |  | | 2. |
|  |  | |  |  | |  | | 3. |
|  |  | |  |  | |  | | 4. |
|  |  | |  |  | |  | | 5. |
|  |  | |  |  | |  | | 6. |
|  |  | |  |  | |  | | 7. |
|  |  | |  |  | |  | | 8. |
|  |  | |  |  | |  | | 9. |
|  |  | |  |  | |  | | 10. |
|  |  | |  |  | |  | | 11. |
|  |  | |  |  | |  | | 12. |
|  |  | |  |  | |  | | 13. |
|  |  | |  |  | |  | | 14. |
|  |  | |  |  | |  | | 15. |
|  |  | |  |  | |  | | 16. |
|  |  | |  |  | |  | | 17. |
|  |  | |  |  | |  | | 18. |
|  |  | |  |  | |  | | 19. |
|  |  | |  |  | |  | | 20. |
|  |  | |  |  | |  | | 21. |
|  |  | |  |  | |  | | 22. |
|  |  | |  |  | |  | | 23. |
|  |  | |  |  | |  | | 24. |
|  |  | |  |  | |  | | 25. |
|  |  | |  |  | |  | | 26. |
|  |  | |  |  | |  | | 27. |
|  |  | |  |  | |  | | 28. |
|  |  | |  |  | |  | | 29. |
|  |  | |  |  | |  | | 30 |
|  |  | |  |  | |  | | 31. |
|  |  | |  |  | |  | | **חתימת מנהל/ת**  **ביה"ס/גן** |
|  |  | |  |  | |  | | תאריך: |
| **פירוט שעות נוספות** | | | | | | | | |
| **מטרה:** | | **מקום:** | | | **משעה עד שעה:** | | **תאריך:** | |
|  | |  | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |
|  | |  | | |  | |  | |