|  |  |
| --- | --- |
| **לשכת סמנכ"ל משאבי אנוש** |  |



|  |  |
| --- | --- |
| **לשכת סמנכ"ל משאבי אנוש** |  |

תאריך: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם העובדת: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ת.ז: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

כתובת דואר אלקטרוני: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מאשר/ת שקיבלתי את הטופס עם המידע לגבי זכויותיי.

ידוע לי שאני זכאי/ת ל:

* קרן פנסיה
* קרן השתלמות (בהתאם להסכמים הקיבוציים ולדירוג בו הנך מדורג/ת)

חתימת העובד/ת: ­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

את הטופס החתום יש להעביר למנהלת הפקולטה