**טופס בקשת היתר לפי חוק עבודת נשים לפיטורים או פגיעה בהיקף משרה או בהכנסה**

**\* שדה חובה מסומן בכוכבית**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **מידע כללי** | | |
| \***עילת הבקשה** | פיטורים  פגיעה בהיקף משרה או בהכנסה (חובה לציין X במשבצת המתאימה) | |
| \***נסיבות מוגנות** | הריון (סעיף 3.1 לנוהל) | שישים ימים מתום חופשת הלידה (סעיף 3.2 לנוהל) |
| שישים ימים לאחר היעדרות בשל מצב רפואי  (סעיף 3.3 לנוהל) | חופשה ללא תשלום וכן שישים ימים לאחר החופשה  ללא תשלום (סעיף 3.4 לנוהל) |
| שישים ימים לאחר היעדרות עובד לפי סעיף  7(ג2) (סעיף 3.5 לנוהל) | היעדרות ללא תשלום של עובדת מניקה וכן שישים  ימים לאחר היעדרות (סעיף 3.6 לנוהל) |
| היעדרות בגין טיפולי פוריות והגנה בגין טיפולי פוריות (סעיפים 3.7 ו-3.8 לנוהל) | שהייה במקלט לנשים מוכות (סעיף 3.9 לנוהל)  הורה מיועד (**\*\***מכוח:פונדקאות / אימוץ / אומנה) |
| \***עילת פיטורין / פגיעה בהיקף משרה או בהכנסה** | צמצומים | תפקוד |
| הפסקת פעילות | מכירת עסק |
| פרוק/כינוס נכסים/פשיטת רגל | נסיבות חמורות |
| העסקה זמנית/סיום חוזה | אי-המשך העסקה בכפוף לסעיף 12א' לחוק העסקת  עובדים על ידי קבלני כוח אדם |
| אחר (פרט/י) | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **פרטי המעסיק (מבקש ההיתר) \*** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| סטטוס המעביד: | | | תאגיד  פרטי  קבלן כח אדם  שירות ציבורי | | | | | | | | | | | | | |
| שם עסק /תאגיד /פרטי/ שירות ציבורי: | | |  | | | | | | | מס מזהה (ח.פ/ע.מ/ת.ז) | | | |  | | |
| תחום העסק | | |  | | | | | | | האם חבר בארגון מעסיקים? | | | | לא/ כן פרט: | | |
| כתובת: |  | | | | | | ישוב: | |  | | | | | מיקוד: | |  |
| מס' טלפון במשרד: | | |  | מס' פקס: | | | |  | | | דוא"ל (חובה): | |  | | | |
| מספר טלפון נייד | | |  | מספר מועסקים בעסק | | | |  | | | **\*\*מספר מפוטרים** | | **גברים** | | | |
|  | | |  |  | | | |  | | |  | | **נשים** | | | |
| **פרטי מנהל/ת או אחראי/ת משאבי אנוש או אחראי/ת על העסקת העובד/ת \* \*\* חובה לפרט בעילות של : סיום פעילות / צמצומים** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| תפקיד: | | מנהל/ת  אחראי/ת משאבי אנוש  אחראי/ת על העסקת העובד/ת  אחר (פרט/י) | | | | | | | | | | | | | | |
| שם משפחה: | |  | | | שם פרטי: |  | | | | | | מספר זהות: | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **פרטי המעסיק בפועל או מזמין השירות (\*חובה למלא אם קיים)** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| סטטוס מעסיק בפועל: | | | תאגיד  פרטי  שירות ציבורי | | | | | | | | | | | | | |
| שם העסק/חברה/פרטי: | | |  | | | | | | | מס מזהה (ח.פ/ע.מ/ת.ז) | | | | |  | |
| כתובת: |  | | | | | | | ישוב: |  | | | | | | מיקוד: |  |
| מס' טלפון במשרד: | | |  | מס' פקס: | |  | | | | | דוא"ל: | |  | | | |
| **פרטי מנהל/ת או אחראי/ת משאבי אנוש או אחראי/ת על העסקת העובד/ת מטעם המעסיק בפועל או מזמין השירות** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| תפקיד: | | מנהל/ת  אחראי/ת משאבי אנוש  אחראי/ת על העסקת העובד/ת  אחר (פרט/י) | | | | | | | | | | | | | | | |
| שם מלא: | |  | | | טלפון: | |  | | | | | דוא"ל: | |  | | | |

האם הבקשה מוגשת באמצעות עורך דין ? \*  כן  לא

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **פרטי עורך הדין** (חובה למלא אם קיים) | | | | | | | | | | |
| שם משפחה: |  | | | | שם פרטי: |  | | | | |
| כתובת משרד: |  | | | | ישוב: |  | | | מיקוד: |  |
| מס' טלפון במשרד: | |  | מס' פקס: |  | | | דוא"ל: |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **פרטי העובדת** **\*** | | | | | | | | | | | | | | |
| שם משפחה: |  | | | | שם פרטי: | | |  | | | | | | |
| מספר זהות: |  | כתובת דוא"ל (חובה): |  | | | | | | **העובדת צפויה ללדת בתאריך:** (אם בהריון) | | | |  | |
| תפקיד |  |  |  | | | | | | **העובדת ילדה בתאריך:** (אם שוהה בחופשת לידה) | | | |  | |
| כתובת: |  | | | | | ישוב: |  | | | | | מיקוד: | |  |
| טל' בבית: |  | \*מס' טלפון נייד: | |  | | | | | | מס' פקס: |  | | | |
| מספר ימי עבודה בשבוע |  | מספר שעות עבודה ביום | |  | | | | | | שכר ממוצע חודשי |  | | | |
| שכר ממוצע שעתי |  | אופי העסקה | | שעתי/חודשי/תפוקה | | | | | | היקף משרה | מלאה/ חלקי | | | |
| עובד/ת במשמרות | כן/ לא |  | |  | | | | | |  |  | | | |

**פרטי העסקה אצל המעביד**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| מועסק/ת מתאריך: |  | עד תאריך: |  | תפקיד: |  |

**פרטי העסקה אצל המעסיק בפועל** (אם קיים)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| מועסק/ת מתאריך: |  | עד תאריך: |  | תפקיד: |  |

פתיחת תיק בקשה וקביעת מועד לזימון תתבצע רק לאחר קבלת טופס בקשה חתום, כאשר כל פרטיו מולאו בו, וצורפו כלל המסמכים והאסמכתאות כנדרש לרבות אישור מסירת הבקשה על נספחיה לעובד/ת (כמפורט בנספח המסמכים הנדרשים על-פי סוגי העילות)

**חתימת מגיש הבקשה**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  | |  |  |
| שם מגיש הבקשה | |  | מספר זהות מגיש הבקשה | |  | תפקיד מגיש הבקשה |
|  |  | | |  | | |
| תאריך |  | | | חתימת מגיש הבקשה | | |

**חתימת המעסיק בפועל** (חובה למלא אם קיים)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | |  |  | |  |  |
| שם פרטי ומשפחה של המעסיק בפועל | |  | מספר זהות מעסיק בפועל | |  | תפקיד |
|  |  | | |  | | |
| תאריך |  | | | חתימת המעסיק בפועל | | |