**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 |