

דו"ח נוכחות מ"מ

**יש להגיש את הדוח עד ה-20 לחודש**

נא לפרט את שעות העבודה בטבלה | נא לסמן את יום שבת | במידה ועבדת מפוצל נא לפרט.

שם משפחה		שם פרטי		מספר ת"ז					תפקיד
חודש	שנה	אגף	מחלקה	תאריך הגשה					

יום בשבוע (א'-שבת)	שעת כניסה	שעת יציאה	שעת כניסה	שעת יציאה	סך שעות	שם העובד/ת המוחלפת	נסיעות	הערות
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								

סה"כ

חתימת הממונה

חתימת העובד/ת המחליפה

*עם הכניס לטל*

www.shomron.org.il | office@shomron.org.il | 03-9757627 | 03-9066444

ת.ד 1, אזור התעשייה ברקן, 4482000 מוקד המועצה: 1-700-700-106