

הצהרה על מחלה ללא תעודה רפואית

אני הח"מ (שם) _____ ת.ז. : _____ מצהיר(ה) בזאת כי מתאריך _____
עד תאריך _____ נעדרתי בגין מחלה, סה"כ _____ ימים.

תאריך _____ חתימה _____

העיר שאין
עוד כמוה
בעולם!

