**אישור העסקה / התנדבות**

**לנרשמים לתואר שני בעבודה סוציאלית לבעלי תארים אחרים**

|  |  |
| --- | --- |
| **שם מקום העבודה / מסגרת ההתנדבות** |  |
|  |
| **הננו לאשר כי** |  |  |  |
| (שם פרטי ושם משפחה) |  | (מס' ת"ז) |

**עבד/ה / התנדב/ה במסגרתנו**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **בתאריכים (חודש ושנה):** |  | עד |  |
|  |  |  |  |

**התפקיד שביצע/ה:**

|  |
| --- |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
| **תאריך** | **שם מלא** | **תפקיד** | **חתימה + חותמת הארגון** |

**פרטי יצירת קשר עם המאשר/ת:**

|  |
| --- |
|  |