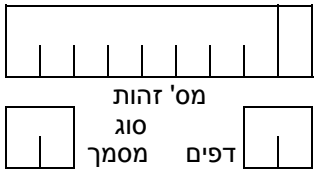
המוסד לביטוח לאומי
מינהל הגימלאות

לשימוש פנימי בלבד (סריקה)	

דיווח שעות חודשי למתן שירותי תרגום/תמלול/שקלוט

לחודש _____ שנת _____

לכבוד:
עובדת שיקום: _____
סניף _____

שם נותן השירות

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות

שם הסטודנט/ית מקבל/ת השירות

שם משפחה	שם פרטי	מספר זהות

מוסד הלימודים/ההכשרה בו ניתן השירות : _____

יום	תאריך	מקצוע	משעה	עד שעה	סה"כ שעות	חתימת הסטודנט
סה"כ						

חתימת נותן השירות_____