

טופס וויתור סודיות לקבלת / מסירת מידע

שדות המסומנים בכוכבית * הם שדות חובה.

* שם מלא

* תעודת זהות

* כתובת

אני הח"מ מסכים/ה בזה ונותן/ת רשות לעובדי מחלקת הרווחה והשירותים החברתיים במועצת אזור לקבל/למסור מידע, פרטים, נתונים, חוות דעת והמלצות שהתקבלו במהלך ההיכרות, הטיפול והמעקב בי ובמשפחתי לגורמים הבאים/ מהגורמים הבאים:

1 *

2

3

4

* לצורך

* תאריך

תאריך ושעת מילוי

* הנני משחרר/ת אתכם מחובת שמירת הסודיות ולא תהיינה לי אליכם כל טענה או תביעה בגין הפרת הסודיות. אני מצהיר/ה שקראתי והבנתי את כל האמור לעיל וחתמתי מרצוני החופשי. כתב וויתור סודיות זה יהיה בתוקף שנה מיום חתימתו, אלא אם כן נמסרה הודעה אחרת בכתב.

אנא אשר/י את הנתונים בחתימת ידך

* תאריך

תאריך ושעת מילוי