

מועצה מקומית אזור

מתלקת הרווחה והשירותים החברתיים

טופס ויתור סודיות לקבלת/מסירת מידע

לכבוד
המחלקה לשירותים חברתיים
מועצה מקומית אזור

א.ג. נ.

אני הח"מ _____ ת"ז _____

כתובת _____

מסכים/ה בזה ונותן/ת רשות לעובדי המחלקה לשירותים חברתיים 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: _____
- _____

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 סודיות זה יהיה בתוקף שנה מיום חתימתו, אלא אם כן נמסרה הודעה אחרת בכתב.

תאריך _____ שם מלא _____ חתימה _____

תאריך _____ נחתם במעמד העו"ס _____ חתימת העו"ס _____