

תאריך \_\_\_\_\_ :

**טופס ויתור סודיות לקבלת/מסירת מידע**

לכבוד  
האגף לשירותים חברתיים

ג.א.נ.,

אני הח"מ \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_  
כתובת \_\_\_\_\_ טל: \_\_\_\_\_  
מסכים בזה ונותן רשות לעובדי האגף לשירותי הרווחה ב \_\_\_\_\_ לקבל/למסור  
לגורמים הרשומים מטה מידע, אודותיי ו/או לגבי משפחתי :  
1. כל גורם רלוונטי לטיפול סעודי/סוציאלי  
2. לצורך \_\_\_\_\_

הנני משחרר אתכם מחובת שמירת הסודיות ולא תהינה לי אליכם כל טענה או  
תביעה בגין הפרת הסודיות.

אני מצהיר שקראתי, הוסבר לי והבנתי את כל האמור לעיל וחתמתי מרצוני  
החופשי.

\_\_\_\_\_   
תאריך שם מלא חתימה

\_\_\_\_\_   
תאריך חתימת העו"ס  
נציגת המחלקה

\_\_\_\_\_   
חתימה בנוכחות \_\_\_\_\_ שם מלא \_\_\_\_\_ חתימה