

כתב ויתור סודיות

אני הח"מ*, שם: _____, ת.ז. _____, נותן/נת בזה לצוות תכנית
מרפא, אישור לקבל מידע אישי / רפואי / סוציאלי / משפטי או כל מידע אחר, וכן למסור כל מידע
כאמור אודות שם: _____, ת.ז. _____: מהגורמים הבאים:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____

אני משחרר/ת את צוות תכנית מרפא מחובת שמירת סודיות כלפי הגורמים הנ"ל ולא תהיה לי
אליכם כל טענה או תביעה כל שהי בקשר למסירת או קבלת מידע כאמור.

שם פרטי: _____

שם משפחה: _____

הורה/אפוטרופוס לגוף**: _____

מספר ת.ז./דרכון: _____

תאריך: _____

חתימה: _____

*במקרה של הורים פרודים, יש למלא טופס על ידי כל אחד מההורים.
**לאפוטרופוס לגוף יש לצרף העתק כתב מינוי מבית משפט.