

כתב ויתור סודיות

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

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 כלשהי בקשר לקבלת או מסירת מידע כאמור.

שם פרטי: _____

שם משפחה: _____

מספר ת.ז./דרכון: _____

תאריך: _____

חתימה: _____

אישור

אני הח"מ _____ מאשר בזאת כי החתום מעלה חתם בפני על ויתור הסודיות הנ"ל לאחר שקרא והבין את תוכנו.

חתימת עובד/ת סוציאלי/ת / אשת צוות

תאריך