



המחלקה לשירותים חברתיים

תאריך _____

טופס ויתור סודיות לקבלת/מסירת מידע

אני החתום מטה _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____

ת.ז. _____ כתובת _____

מסכים בזה ונותן רשות לעובדי המחלקה לשירותים חברתיים במועצה מקומית אורנית לקבל/למסור מידע אודותי ו/או לגבי משפחתי, לגורמים הבאים:

1. _____
2. _____
3. _____

הנני משחרר אתכם מחובת שמירת הסודיות ולא תהיינה 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 _____

חתימת העו"ס נציגת המחלקה _____

