



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 אודותיי 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 _____

לשכה ומזכירות טל: 03-9360465 פקס: 03-9360204 גזברות טל: 03-9369481 פקס: 03-9160148 חינוך טל: 03-9360707 פקס: 03-9160022
רווחה טל: 03-9369505 פקס: 03-9160221 הנדסה טל: 03-9369592 פקס: 03-9360744 רכש טל: 03-9360465 פקס: 03-9360471
בטחון טל: 03-9369482 פקס: 03-9160141 מוקד טל: 03-9360441 (107 - חיוג מקוצר מאורנית)

מועצה מקומית אורנית ד.ב אפריים מיקוד 44813 | shlomil@oranit.org.il | www.oranit.org.il

