



עיריית אור עקיבא

לכבוד

שלום רב,

הנדון: ויתור סודיות

אני _____ נותן את רשותי והסכמתי לך ו/או
לבא כוחך, למסור ל _____ את כל הפרטים והעובדות
עלי ו/או על בני משפחתי, שמות בני המשפחה: _____

לגבי מצבי/נו הסוציאלי, הפסיכולוגי, הבריאותי, הטיפול שניתן לי/לנו
וכל מידע אשר שיידרש.

בכבוד רב,

_____ חתימה:

_____ שם משפחה ופרטי:

_____ תעודת זהות:

_____ כתובת:

_____ תאריך: