



בס"ד

אגף לשילוב חברתי
טל' 08-9279806 | פקס 08-9279804
etitalias@lod.muni.il

טופס ויתור סודיות

אני החתום/ה מטה מוותר/ת בזאת על סודיות בנוגע לקטין ובנוגע לעצמי ונותן/ת את הסכמתי לכך שפסיכולוג/מטפל/מאבחן מקרית אדם בלוד יקבל מידע מהאגף לשילוב חברתי בלוד וימסור מידע לאגף זה בהתאם לדרוש ולפי שיקול דעת מקצועי. העברת המידע תכלול דו"ח טיפולי של הרווחה לתוכנית גבהים, וכן של המטפל בגבהים לרווחה.

תאריך: _____

שם: _____

חתימה: _____

