



תאריך \_\_\_\_\_

לכבוד \_\_\_\_\_

### ויתור סודיות

אני \_\_\_\_\_ הח"מ, ת.ז. \_\_\_\_\_ מאשר בזאת לאגף הרווחה בעיריית לוד לקבל או מתגורר ברחוב \_\_\_\_\_ למסור כל מידע כללי וואו רפואי הקשור אלי ולילדיי ולטיפול שניתן לי או כל מידע אחר שידרש על ידם לצורך טיפול בענייני.

שם ושם משפחה \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

עד לחתימה \_\_\_\_\_ תפקיד \_\_\_\_\_

