

תאריך: _____

הצהרה על ויתור סודיות רפואית וסוציאלית

לכבוד
מחלקת רווחה
עיריית הרצליה
הרצליה

הנדון: ויתור על סודיות המידע הרפואי והסוציאלי

אני החתום מטה, נותן בזה רשות למחלקת הרווחה בהרצליה, למסור או לקבל כל מידע לרונטי בקשר למצבי הרפואי, הכלכלי והמשפחתי ומשחרר בזאת את המחלקה מחובת שמירת הסודיות על המידע הנ"ל, ולא תהיינה לי תביעות או טענות מסוג כל שהן בקשר לשמירת הסודיות.

ידוע לי כי עובדי המחלקה אמונים על שמירת הסודיות של המסמכים והמידע בקשר למצב וישתמשו במידע ובמסמכים רק בגבולות ההכרחיים ובמסגרת שיקול הדעת המקצועי לצורך הטיפול בי.

חתימה: _____

פרטי המצהיר:

שם ומשפחה _____ כתובת _____ ת.ז. _____ תאריך _____ חתימה _____

פרטי העד המצהיר:

שם ומשפחה _____ כתובת _____ ת.ז. _____ תאריך _____ חתימה _____

