

לכבוד:

---

---

---

### ויתור סודיות

הנני \_\_\_\_\_ נותן את רשותי והסכמתי לכם או לבא כחכם למסור ולקבל פרטים ועובדות אודות בתי \_\_\_\_\_ לגבי מצבה הסוציאלית, הפסיכולוגי והבריאותי והטיפול שניתן לה ו/או כל אינפורמציה אחרת שתידרש.

חתימה: \_\_\_\_\_

שם ומשפחה: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_

ת.ז.: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_