**הסכמה לוויתור על חובת סודיות**

אני החתום מטה מביע/ה הסכמתי למתן וקבלת מידע על ידי העובד/ת הסוציאלי/ת המטפל/ת בי

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ באגף הרווחה בעיריית נס ציונה.

 שם העו"ס

עם הגורמים הבאים:

1. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

גורם מקצועי (שם/תפקיד/מוסד)

בעניין:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_פירוט העניין ובני המשפחה בהם מדובר

על העו"ס חובת הסודיות בכל הנוגע למידע שיתקבל ולא יעשה שימוש במידע אלא בהתאם לחוק העו"ס התשמ"ז.

**חתימת הפונה:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם פרטי ומשפחה תעודת זהות חתימה תאריך

**נחתם בנוכחות:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

שם פרטי ומשפחה תעודת זהות חתימה תאריך