



המחלקה לשירותים חברתיים

תאריך _____

הסכמה על ויתור סודיות

אני הח"מ _____, מס' ת. זהות _____

מסכימה/ה לוותר על סודיות ולאפשר לעובדת-סוציאלית _____

לקבל מ _____ כל מידע נחוץ בקשר לבני/בתי _____

כתובת _____

תאריך _____

חתימה _____