**טופס ויתור סודיות מהשרות הפסיכולוגי אל גורם חוץ**

תאריך: / /

לכבוד

השרות הפסיכולוגי

מועצה מקומית כפר שמריהו

האורנים 17

כפר שמריהו

ג.א.נ.,

הרינו מבקשים בזאת להעביר את ממצאי הבדיקות, הנתונים ו/או חוות דעתכם

והמלצותיכם על בני/בתי\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

אל \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

והרינו מוותרים בזה על חובתכם לשמירת סודיות כלפי הנ"ל.

בכבוד רב,

-----------------------------

(חתימה)

שם: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ת.ז.:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

קשר לנבדק:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

כתובת:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

עד לחתימה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

חתימה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_