**טופס ויתור סודיות לשרות הפסיכולוגי מגורם חוץ**

 תאריך: / /

לכבוד

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

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

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

טל': \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ג.א.נ.,

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

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

אל **השרות הפסיכולוגי, מועצה מקומית כפר שמריהו, האורנים 17, כפר שמריהו**.

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

בכבוד רב,

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

 (חתימה) (חתימה)

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

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

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

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

עד לחתימה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 חתימה:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_