תאריך:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**טופס ויתור סודיות**

אני החתום מטה, נותן בזה רשות ל צוות מרכז טיפולי "רקפת" למסור ו/או לקבל את כל הפרטים והמידע אודות בני/בתי \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ת.ז \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**פרטי המאשר:**

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

 שם משפחה שם פרטי מספר זהות

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

 חתימה