



משרד הביטחון
אגף משפחות, הנצחה ומורשת



מדינת ישראל

חובה למלא את השדות המסומנים ב *.	
תאריך	
מספר תיק	
מחוז מטפל	

אל: משרד הביטחון - אגף משפחות, הנצחה ומורשת

הנדון: כתב ויתור סודיות והרשאה למסירת מידע- לצורך קבלת סיוע במימון טיפול נפשי

פרטים אישיים

שם משפחה *	שם פרטי *	מספר תעודת זהות *
------------	-----------	-------------------

הצהרה

<p>1. אני הח"מ מסכים/ה ונותן/ת בזאת רשות לעובד הסוציאלי מטעם משרד הביטחון – אגף משפחות, הנצחה ומורשת למסור למטפל (להלן: "מבקש המידע") כל מידע מכל סוג שיבקש אודותי והמצוי ברשותכם לרבות מידע על מצבי הסוציאלי, השיקומי, הנפשי והבריאותי</p> <p>2. כמו כן, מסכים/ה ונותן/ת בזאת רשות למטפל (להלן: "מבקש המידע") למסור למשרד הביטחון – אגף משפחות, הנצחה ומורשת לידי העובד הסוציאלי מידע ומסמכים הנוגעים לטיפול.</p> <p>3. עם חתימתי על המסמך לא תהיינה לי כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת המידע כאמור.</p>	שם מלא של החתום מטה
מטפל "מבקש המידע" ששמו מצויין מטה	

הריני מאשר/ת חתימת המסמך באופן דיגיטלי

תאריך _____

חתימת המבקש
(במקרים בהם הטופס מוגש ידני)