

## כתב הוראת ויתור על סודיות\*

מועמדים לפקולטה ימסרו טופס זה למזכירות, על פי הנוהל במחלקה אליה הם מבקשים להתקבל ובמועד שיידרש ע"י המחלקה.

אני החתום מטה:

שם משפחה: \_\_\_\_\_

שם פרטי: \_\_\_\_\_

ת.ד. \_\_\_\_\_

מאשר/ת בזה כי:

א. למסור לדיקן הפקולטה למדעי הבריאות שבאוניברסיטת בן-גוריון בנגב ו/או לכל מי שימונה על-ידי לעניין זה (להלן "המורשים"), כל מידע שביקשו המורשים מכל גורם וכל גוף ובכל עניין כולל ביחס למצב בריאותי, הן לפני חתימת מסמך זה והן משך התקופה שמיום חתימת מסמך זה ועד לסיום לימודי בפקולטה, כולל תקופת הסטאג' / ההתנסות (להלן "התקופה הקובעת") מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל - תהא האוניברסיטה רשאית לקבל כל מידע ביחס למחלות, פגיעות ומוגבלויות גופניות ו/או נפשיות, אישפוזים, טיפולים, חוות דעת רפואיות, שימוש בסמים, התמכרות לאלכוהול וכל כיו"ב. כתב ויתור והוראות זה יהא בר תוקף כלפי כל גורם וכל גוף שבידיו מצוי בעת חתימתו, או שימצא במהלך התקופה הקובעת, מידע בכל עניין כולל מידע רפואי המתייחס אלי, לרבות אך מבלי לפגוע בכלליות האמור לעיל - משרד הבריאות, משרד הבטחון (ושלטונות הצבא), קופות חולים, בתי חולים, רפאים וכיו"ב.

ב. הרשות נתונה בידי המורשים למסור למשרד הבריאות בירושלים (להלן: "מקבל המידע") את כל הפרטים, ללא יוצא מן הכלל, ובאופן שידרוש מקבל המידע, בקשר עם לימודי בפקולטה, ובכלל זה, מבלי לפגוע בכלליות האמור, מידע בדבר מצבי הרפואי, אישיותי, התנהגותי, מצבי האקדמי והישגי האקדמיים. אני משחרר בזה את האוניברסיטה וכל עובד מעובדיה ומוסד ממוסדותיה מחובת שמירה על סודיות, ומכל חובה הנובעת מחוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981, בכל הנוגע לפרטים האמורים לעיל, ומוותר על סודיות ועל זכותי לפרטיות כלפי מקבל המידע, ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

ולראיה באתי על החתום:

תאריך: \_\_\_\_\_

חתימה: \_\_\_\_\_

\* טופס זה של מועמד שלא יתקבל ללימודים, או שיבטל את הרשמתי יושמד.