

## טופס ויתור סודיות

אני \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

מאשר להעביר כל מידע רלוונטי לטיפול בי, המצוי ברשות שרותי הדקנט במכללה האקדמית גליל מערבי, לגורמים הנדרשים לעניין.

כל מידע שיועבר יישאר חסוי ויועבר אך ורק לשם קידום לימודי והטיפול בי.

שם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_

כתובת \_\_\_\_\_

טלפון \_\_\_\_\_

תאריך \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_