



מועצה מקומית אזור
המחלקה לחינוך – השירות הפסיכולוגי החינוכי
רח' משה שרת 73 אזור 58006
טל': 03-5595798 פקס: 03-5590069
דוא"ל: psyazur53@gmail.com
פורטל החינוך: www.azor.org.il



מכיל חומר מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסר שלא כדין עובר עבירה

תאריך: _____

ויתור על סודיות

לכבוד: _____

אני הח"מ: _____ ת.ז. _____

הכתובת: _____ טלפון: _____

מבקש/ת להעביר את המידע הנמצא בידכם בנוגע לבני/בתי _____

תאריך לידה: _____ ת.ז. _____

ל: _____ ובזאת אני מוותר על הסודיות המקצועית הנוגעת

למידע זה בין שני הגורמים הנ"ל ללא כל תנאי והגבלה.

שם ההורה: _____ חתימת ההורה: _____ ת.ז. _____

שם ההורה: _____ חתימת ההורה: _____ ת.ז. _____

נחתם בנוכחות:



מועצה מקומית אזור
המחלקה לחינוך – השירות הפסיכולוגי החינוכי
רח' משה שרת 73 אזור 58006
טל': 03-5595798 פקס: 03-5590069
דוא"ל: psyazur53@gmail.com
פורטל החינוך: www.azor.org.il



מכיל חומר מוגן לפי חוק הגנת הפרטיות, המוסר שלא כדין עובר עבירה

שם: _____ תפקיד: _____ חתימה: _____