

המחלקה לשירותים חברתיים אפרת

תאריך _____

ויתור על סודיות

אני, החותם מטה _____ מספר ת.ז. _____

מאשר להעביר מידע הנוגע אלי ל _____

תפקיד _____

ועל כך אני בא על החתום,

חתימה _____

