

## 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 \_\_\_\_\_

