

## כתב ויתור על סודיות

השם: \_\_\_\_\_ הכתובת: \_\_\_\_\_

מספר תעודת זהות: \_\_\_\_\_ מס' תיק באגף השיקום: \_\_\_\_\_

אני הח"מ, מבקש בזה מאת משרד הביטחון / אגף שיקום נכים, למסור לח"כ \_\_\_\_\_

(שם ח"כ \_\_\_\_\_ + ת.ז. \_\_\_\_\_) (להלן: המבקש) בחתום לבקשתו ומזמן לזמן, את כל הפרטים והמסמכים ללא יוצא מן הכלל ובאופן שידרוש המבקש, על מצבי הבריאותי ואו הנפשי ואו הסוציאלי ואו הכלכלי ואו הסיעודי ואו השיקומי ואו החינוכי ואו על כל מחלה שחליתי בה בעבר ואו שחנני חולה בה כעת ואו שאחלה בה, חלילה, בעתיד, וכל מידע לגבי שכרי, הכנסותיי, זכויותיי, ותגמוליי בעבר, בחווה ובעתיד.

הנני משחרר את משרד הביטחון / אגף שיקום נכים וכל רופא מרופאיכם וכל עובד מעובדיכם מחובת שמירה על סודיות רפואית וכללית בכל הנוגע למצב בריאותי ואו מחלותיי ואו מצבי הנפשי ואו מצבי הסוציאלי ואו הכלכלי ואו מצבי בתחום החינוכי ואו הסיעודי ואו השיקומי ואו עבודתי והכנסותיי וזכויותיי ותגמוליי ומתי לכם בזאת מתן מידע מכל תיק ואו קובץ שנפתח על שמי במשרדכם, ומוותר על סודיות זו כלפי המבקש ולא תחיינה לי אליכם/הם כל טענה ואו תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת מידע כאמור.

כתב ויתור סודיות זה מחייב אותי, את עזבוני ובאי כוחי החוקיים וכל מי שיבוא במקומי.

**ולראיה באתי על החתום:**

שם: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

**עד לחתימה:**

שם: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ לחודש: \_\_\_\_\_ שנת: \_\_\_\_\_