

הצהרה: ויתור על סודיות

אני החתום מטה, מרשה בזה להנהלת בית הספר לסייעוד להעביר מידע הכלול בתיקי האישי, לרבות תיעוד רפואי, להנהלת שרותי בריאות כללית, למערך לימודי הסייעוד בכללית, למינהל הסייעוד במשרד הבריאות ולגורמים אחרים רלוונטיים לצורך הטיפול בהכשרה המקצועית.

לא יהיו לי טענות או תביעות כל שהן לביה"ס לסייעוד קפלן ולא לשירותי בריאות כללית או לעובדיה באשר להעברת המידע הנ"ל.

מס' תעודת זהות

שם ומשפחה

תאריך

חתימה