

שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_ מס' ת.ז: \_\_\_\_\_  
 כתובת: \_\_\_\_\_  
 רחוב מס' שכונה עיר מיקוד  
 טלפון בבית: \_\_\_\_\_ טלפון בעבודה: \_\_\_\_\_ טלפון נייד: \_\_\_\_\_  
 מסלול לימודים: \_\_\_\_\_ שנת לימודים: \_\_\_\_\_ שנה פדגוגית: א/ב/ג/ד

כתב ויתור סודיות והרשאה למסירת מידע

אני הח"מ נותן בזה רשות למכללה האקדמית אשקלון ו/או לכל עובד מעובדיו ו/או כל אדם אחר הפועל מטעם המכללה האקדמית אשקלון או בעבורה לקבל או למסור כל מידע שיתבקש אודותיי והמצוי ברשותה לרבות מידע על מצבי הרפואי, לרבות טיפולים בתחום הפסיכיאטרי, הסוציאלי, התפקודי או השיקומי, בעבר ובהווה וכן כל מידע הנוגע לנכות רפואית או אחרת שנקבעה לי, וכל מידע או מסמך הדרושים להחלטת המכללה האקדמית אשקלון.

מבלי לגרוע באמור לעיל אני מתיר בזה למכללה האקדמית אשקלון או לכל עובד מעובדיה למסור כל מידע, מסמך, תעודה, חוות דעת, דו"ח או הערכה רפואית, תפקודית או אחרת המצויה ברשות המכללה האקדמית אשקלון והנוגעים למצבי הבריאותי, התפקודי, הסוציאלי והשיקומי.

הריני משחרר/ת ופוטר/ת אתכם מחובת השמירה על סודיות רפואית או סודיות כלשהי אחרת ומוותר/ת בזה על כל טענה בקשר לסודיות רפואית או אחרת, בלי יוצא מן הכלל ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מכל מן שהוא למסירת מידע כאמור.

שם \_\_\_\_\_ ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_



טלפון 03-5318527

פקס 03-7384013

**טופס פניה למדור סטטוס  
לתלמידי המכללות האזוריות**

שם משפחה \_\_\_\_\_ שם פרטי \_\_\_\_\_ מס' ת.ז. \_\_\_\_\_  
א' ב' ג' ד' \_\_\_\_\_ שנת לימודים \_\_\_\_\_ שם המכללה \_\_\_\_\_

לתלמידי התמחות: מקצוע ראשי \_\_\_\_\_ מקצוע משני \_\_\_\_\_  
(במחלקות בהן ישנן מגמות נא לציין המגמה בה אתה לומד)

לתלמידי ב.א. רב תחומי: חטיבה ראשונה \_\_\_\_\_ חטיבה שנייה \_\_\_\_\_

כתובת ומיקוד \_\_\_\_\_ טלפון \_\_\_\_\_

הנדון: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

לשימוש מדור סטטוס:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_