

כתב ויתור סודיות

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 ופוסר/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.

פרטי הסטודנט

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

חתימה _____ תאריך: _____