

Municipalidad de Tel-Aviv-Yaffo
Departamento de educacion, cultura y deportes
Servicio psicologico y educacional

Fecha: _____

A la atencion del servicio psicologico y educacion de Tel-Aviv Yaffo

ויתור סודיות – הרשאה למסירת מידע פסיכולוגי

Renuncia a la confidencialidad- Acuerdo de transmision de datos relacionado con el dominio psicologico

Nosotros, los abajo firmantes, Los padres (O aofotrofos),

Datos sobre los ninos

Nombre y apellido	Numero de identificacion / Teudat Zeut	Fecha de nacimiento
Nombre de la escuela O del jardin de infantes donde estudia el nino	grado	

Datos sobre los padres

Nombre y apellido	Numero de identificacion / Teudat Zeut
Nombre y apellido	Numero de identificacion / Teudat Zeut

Autorizamos al SHAPAJ- servicio psicologico y educacion de la municipalidad de Tel-Aviv Yaffo- transimir datos sobre la situacion de nuestro nino, a fin de que reciba la ayuda adecuada

Por lo tanto desligamos al SHAPAJ- servicio psicologico y educacional- de su deber de confidencialidad, segun lo previsto originalmente en la ley.

Firma de padre: _____

Fecha de la firma: _____

Firma de padre: _____

Fecha de la firma: _____

