



_____ التاريخ:

الى حضرة

مركز الخدمات النفسية التربوية تل ابيب – يافا

الموضوع:

تنازل عن سرية المعلومات - تفويض بتسليم معلومات نفسية

יותר סודיות – הרשאה למסירת מידע פסיכולוגי

تفاصيل عن الولد / البنت

الاسم الشخصي واسم العائلة	رقم الهوية	تاريخ الميلاد

تفاصيل عن ولي/ة الأمر

اسم الاب:	رقم الهوية:
اسم الأم:	رقم الهوية:

نصادق بهذا على تصريح لمركز الخدمات النفسية – تل ابيب – يافا بتسليم المعلومات الضرورية لتحديد طرق علاج ابننا / ابنتنا المذكور/ة أعلاه الى _____

لأجل ذلك, نحن نعفي مركز الخدمات النفسية من واجب المحافظة على سرية المعلومات الملتزم بها حسب القانون.

مع فائق الاحترام

_____ توقيع الأب: _____ التاريخ:

_____ توقيع الأم: _____ التاريخ:

