

**התחנה לטיפול בילד ובנוער**  
ע"ש א' אילן

מסמך זה מכיל מידע המוגן לפי חוק הגנת הפרטיות. המוסרו שלא כדין עובר עבירה

תאריך: \_\_\_\_\_

**ויתור על סודיות (קבלת חומר)**

אני מסכים/מסכימה בזה להעברת החומר הנמצא בידי \_\_\_\_\_

אודות \_\_\_\_\_

לידי התחנה לטיפול בילד ובנוער ע"ש א. אילן.

שם אם: \_\_\_\_\_

מס' ת.ז. \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

שם אב: \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_

מס' ת.ז. \_\_\_\_\_