**כתב ויתור על סודיות והרשאה לקבלת מידע**

אני הח"מ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_הנושא ת.ז: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

מוותר בזאת על סודיות המידע והמסמכים שהמצאתי לבית החולים שער מנשה בעת קליטתי בעבודה, וכי בחתימתי אני מאשר לכל מי שהוסמך לכך ע"י בית החולים שער מנשה לקבל מידע אודות עבודתי כיום, וכן במקומות עבודתי בעבר.

כמו כן, הנני מאשר לכל מי שהוסמך לקבל מידע מאת ממליצים כפי שציינתי בטופסי הקבלה וכן פניה לכל גורם או גוף מוסדי לרבות גופים ציבוריים ופרטיים למסור מידע אודותיי, טרם תחילת עבודתי במרכז.

האמור לעיל מובן לי, וכן הובהרו לי ההשלכות בגין הסכמתי לחתום על "כתב ויתור סודיות והרשאה לקבלת מידע", והיא נעשית מרצוני הטוב והחופשי.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 שם העובד ת.ז חתימה תאריך