

ויתור על סודיות

תעסוקה נתמכת

אני החתום/ה מטה, מאשר/ת בזאת לצוות תעסוקה נתמכת ועמותת "גוונים", למסור/לקבל מידע אודותיי, ל/מגורמים מקצועיים רלוונטיים, לטיפול בעניינים הנוגעים להשתלבותי בתכנית "תעסוקה נתמכת":

שם הגורם:	_____	תפקיד:	_____
שם הגורם:	_____	תפקיד:	_____
שם הגורם:	_____	תפקיד:	_____
שם הגורם:	_____	תפקיד:	_____

סל שיקום משרד הבריאות, מחוז דרום

שם ומשפחה: _____

ת.ז.: _____

תאריך: _____

חתימת המתמודד: _____

נחתם בפני איש צוות:

שם איש צוות ותפקיד: _____

תאריך: _____

חתימה: _____