



תאריך: _____

לכבוד:

המכללה האקדמית עמק יזרעאל ע"ש מקס שטרן בע"מ (חל"צ)
(להלן: "המכללה")

כתב ויתור על סודיות והרשאה למסירת מידע

בנוגע לסטודנט/ית המקבל/ת שירותים בדיקנט הסטודנטים במכללה

אני החתום/ה מטה:

שם הסטודנט/ית: _____ מס' ת"ז: _____

מאשר/ת, כי ידוע לי שבמסגרת מערך הייעוץ והסיוע לסטודנט עולה לעיתים צורך במסירה או קבלה של מידע אישי לגבי הסטודנט במסגרת היועצות עם הגורמים שותפי הטיפול:

☒ מכון האבחון לליקויי למידה "ברוש".

☒ צוות הדקנט.

☒ גורמים במכללה, כגון: מנהל הסטודנטים, יועצות חוגים.

☒ מטפלים מקצועיים מטעם הדקנט (פסיכולוגים, מאמנים, חונכים ועוד).

☒ מטפלים וחונכים מארגונים חיצוניים, כגון: משרד הבריאות, המוסד לביטוח לאומי, עמותות ועוד.

בחתימתי על מסמך זה, אני מאשר/ת מסירת המידע הרלוונטי לגביי כאמור ומוותר/ת על חובת הסודיות החלה או שתחולנה על עובד/ת המכללה על-פי דין, ומוותר/ת בזה על כל טענה בקשר לסודיות וכן לא תהיה לי אליכם כל טענה ו/או תביעה מסוג כלשהו כלפי מי שימסור/תמסור מידע כאמור.

ולראיה באתי על החתום:

שם מלא	מס' ת"ז	תאריך	חתימה
--------	---------	-------	-------

פרטי איש קשר למקרה חירום:

שם: _____, קרבה: _____ מס' טלפון נייד: _____