

לכבוד

מחלקת הרווחה/ הגבייה/ועדת הנחות
מ.א. הגלבוע

ויתור על סודיות

אני הח"מ נותן בזה רשות להעביר מידע אודות מצבי הבריאותי / נפשי / סוציאלי / כלכלי

ל-

חתימה

שם פרטי ומשפחה _____

הכתובת _____

מספר ת.ז. _____

תאריך _____