



כתב ויתור על סודיות רפואית/נפשית - לשימוש עמותת "שלומית":

אני החתום/ה מטה מס' ת"ז: _____ מאשר בזאת כדלקמן:

כי ידוע לי שבמסגרת התנדבותי במערך השירות הלאומי, עמותת שלומית תידרש מעת לעת, להעביר פרטים אישיים ו/או מידע בקשר עם מצבי הבריאותי ו/או הנפשי ו/או פרטים מהותיים הנוגעים לעברי ו/או אירועים אשר עברתי בעבר ו/או אעבור במסגרת השירות (להלן: "המידע"), לידי הגורמים הקשורים בפעילותי ההתנדבותית, לרבות רשות השירות הלאומי ו/או הגופים המפעילים אצלם אתייצב לשירות ו/או גופי מעטפת וכן לידי איש קשר אשר ימונה על ידי מקרב בני משפחתי או כל אפוטרופוס על פי דין שמונה לי ו/או גורמים בקהילה המעורבים בטיפול בי.

אני נותן/ת בזאת רשות לעמותת "שלומית" ו/או למי מטעמה למסור מידע כאמור, לגורמים הנ"ל, וזאת בהתאם לשיקול דעתה ולצורך כל בירור הנדרש בקשר עם פעילותי כמתנדב ו/או כנובע הימנה.

בנוסף, אני, החתום מטה, נותן בזה רשות לגופים המפעילים ו/או לגופי המעטפת עמם קשורה עמותת שלומית בקשר להתנדבותי, להעביר לשלומית עמותה להפעלת מתנדבים לשירות לאומי אזרחי (ע"ר) וכן לכל גורם הפועל מטעמה, את כל הפרטים והמידע הנ"ל ללא יוצא מן הכלל.

הנני משחרר/ת את מוסר המידע על פי הרשאה זו, מחובת שמירה על סודיות רפואית בכל הנוגע למצבי הבריאותי, הגופני ו/או הנפשי ולא תהיה לי כלפי מוסדר המידע כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר לנ"ל, לרבות טענות מכוח חוק הגנת הפרטיות ו/או חוק זכויות החולה ו/או כל דין אחר.

כתב ויתור סודיות זה יעמוד בתוקף מתאריך תחילת שירותי כמתנדב/ת וכל עוד העברת מידע כאמור, לידי צדדי ג' הנ"ל, נדרשת.

פרטי המתנדב/ת:

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ ת"ז: _____
כתובת: _____ עיר: _____
תאריך: _____ חתימה: _____

פרטי איש הקשר:

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ ת"ז: _____
מידת הקרבה של איש זה אליי: _____
מספר טלפון עדכני של איש הקשר: _____

