

טופס ויתור סודיות

אני _____ ת.ז. _____

מאשר להעביר כל מידע רלוונטי לטיפול בי, המצוי ברשות שרותי הדקנט במכללה האקדמית גליל מערבי, לגורמים הנדרשים לעניין.

כל מידע שיועבר יישאר חסוי ויועבר אך ורק לשם קידום לימודי והטיפול בי.

שם _____ ת.ז. _____

כתובת _____

טלפון _____

תאריך _____ חתימה _____