



משרד הביטחון
אגף משפחות, הנצחה ומורשת



מדינת ישראל

אל: משרד הביטחון - אגף משפחות, הנצחה ומורשת

חובה למלא את השדות המסומנים ב *.

תאריך	
מספר תיק	
מחוז מטפל	

הנדון: כתב ויתור על סודיות והרשאה לקבלת ומסירת מידע

1. אני הח"מ _____ מסכים ונותן בזאת רשות למשרד הביטחון – אגף משפחות הנצחה ומורשת ו/או לכל עובד מעובדיו ו/או לכל אדם/גוף אחר הפועל מטעם משרד הביטחון – אגף משפחות הנצחה ומורשת:
2. למסור אודותי מידע או מסמך ל _____ (להלן: "מבקש המידע") מכל סוג המצוי ברשות משרד הביטחון, לרבות מידע על מצבי הסוציאלי, השיקומי, הנפשי והרפואי וכן מידע על הזכויות, התגמולים, ההטבות ותשלומים אחרים להם אני זכאי/הייתי זכאי ממשרד הביטחון – אגף משפחות הנצחה ומורשת. אני מתיר בזה למשרד הביטחון – אגף משפחות הנצחה ומורשת ו/או לכל עובד מעובדיו למסור למבקש המידע כל מסמך, תעודה, הערכה, דו"ח או חוות דעת המצויים ברשות משרד הביטחון – אגף משפחות הנצחה ומורשת והנוגעים למצב הסוציאלי, השיקומי, הנפשי והבריאותי ו/או הנוגע לזכויות, לתגמולים, להטבות ולתשלומים אחרים להם אני זכאי/הייתי זכאי ממשרד הביטחון – אגף משפחות הנצחה ומורשת.
3. לקבל אודותי מידע או מסמך מ _____ (להלן: "מוסר המידע") מכל סוג, לרבות מידע על מצבי הסוציאלי, השיקומי, הנפשי והרפואי וכן כל מידע על הזכויות להם אני זכאי/הייתי זכאי ממוסר המידע.
4. הנני משחרר/ת ופוטר/ת בזאת את משרד הביטחון – אגף משפחות הנצחה ומורשת ו/או כל עובד מעובדיו ו/או כל אדם/גוף אחר הפועל מטעם משרד הביטחון – אגף משפחות הנצחה ומורשת ואת מוסר המידע, מחובת שמירה על סודיות המידע בהתאם לחוק הגנת הפרטיות, התשמ"א - 1981 ומכוח כל דין או הסכם, ולא תהיה לי אליכם כל טענה או תביעה מסוג כלשהו בקשר למסירת המידע כאמור.

שם משפחה	שם פרטי	מספר תעודת זהות

תאריך _____ ☐ הריני מאשר/ת חתימת המסמך באופן דיגיטלי

חתימת המבקש

(במקרים בהם הטופס מוגש ידני)