



טופס ג'

הצהרת ויתור על סודיות

אני הח"מ*

מס' תעודת זהות

שם משפחה

שם פרטי

*** יש למלא את פרטי המטופל/ת הסיעודי**

מצהיר בזאת על הסכמתי כדלהלן:

1. אני מסכים/ה לכך שמידע מפורט ומלא אודות מצב בריאותי, ליקויי הגופניים בעבר ובהווה, זכאותי לקצבאות וכן דרגת נכותי המוכרת, הקיים לגביי בקופות החולים ו/או המוסד לביטוח לאומי ו/או במוסד רפואי ו/או רשויות הרווחה ו/או משרד הביטחון ו/או לשכות פרטיות מורשות או גוף אחר, יימסר לרשות האוכלוסין וההגירה או למי מטעמה.

2. אני מסכים כי לשכה פרטית כהגדרתה בסעיף 65 לחוק שירות התעסוקה, התשי"ט-1959, תעביר לרשות האוכלוסין וההגירה כל דו"ח או חווי"ד סוציאליים או מידע אחר שהגיע אליה במסגרת מילוי מחויבויותיה לפי נוהל לשכות פרטיות להבאה, תיווך וטיפול בעובדים זרים בענף הסיעוד, וכי מידע אודות הטיפול בבקשתי להיתר, מתן היתר ו/או ביטל היתר ו/או התנייה או סיוג היתר יימסר על ידי רשות האוכלוסין וההגירה ללשכה פרטית במידת הצורך.

3. הסכמתי זו באה אך ורק על מנת לאפשר לרשות האוכלוסין וההגירה או לגורם מטעמה לשקול את מידת תפקודי והזדקקותי לסיוע של עובד זר למתן טיפול סיעודי ו/או לדון או להחליט בכל בקשה שתוגש על ידי בקשר להיתר או לאשרה או רישיון עבודה לעובד זר לסיעוד, וכן לצורך פיקוח ווידוא לגבי מילוי אחר תנאי היתר שניתן לי להעסיק עובד זר אם יינתן לי היתר כאמור.

4. אני מסכים למסור כל מידע שיידרש ממני על ידי רשות האוכלוסין וההגירה או מי מטעמה לצורך קבלת החלטה בבקשתי למתן היתר להעסקת עובד זר ו/או בכל בקשה עתידית בקשר להיתר ו/או לאשרה או רישיון ישיבה לעובד סיעוד, וכן לשתף פעולה עם כל פיקוח מטעם הרשויות בעניין קיום תנאי ההיתר אם יינתן.

ולראיה באתי על החתום

חתימת המטופל או האפוטרופוס החוקי

תאריך

כתובות – אגף היתרים – ענף סיעוד:
ירושלים – רח' אגריפס 42, קומה 5, בניין כ"ח, ת.ד. 28346.
ת"א – רח' מנחם בגין 125, קומה 2, ת.ד. 7105, תל אביב 61070.
שפלה – ישראל גלילי 3, ראשון לציון
שרון – ויצמן 140, קומה 4, כפר סבא
צפון – רח' הרצליה 22, קומה 3, חיפה, מיקוד 3330125.
דרום – רח' התקווה 4, קניון קריית הממשלה, בניין 5, קומה 5, באר שבע.
מרכז שירות ומידע ארצי: *3450