

טופס ויתור סודיות

אני: _____ ת.ז: _____

מאשר להעביר את האבחון הדידקטי וכל מידע עליו המצוי ברשות המרכז לאבחון וטיפול בסטודנטים לקווי למידה במכללה האקדמית גליל מערבי אל הגורם הרלוונטי.

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

כתובת: _____

תאריך: _____ חתימה: _____