

טופס ויתור סודיות

אני נותן/נותנת את רשותי לאוניברסיטת בן-גוריון בנגב (להלן: "האוניברסיטה") או למי מטעמה להעביר למשרד הבריאות - האגף לרישום מקצועות הבריאות-תחום פסיכולוגיה, באמצעות מדור המיחשוב של משרד-הבריאות מידע בדבר לימודי באוניברסיטה וכן בדבר לימודים אקדמיים קודמים, ככל שהמידע מצוי בידי האוניברסיטה וככל שנדרש למשרד הבריאות.

'מידע' לעניין הסכמה זו, כולל את כל המידע האקדמי שיצטבר בידי האוניברסיטה לגביי במהלך לימודי, ובין היתר, מבלי לפגוע בכלליות האמור: כתובת, כתובת מייל, מספרי טלפון, שמות הקורסים אותם למדתי והציונים שקיבלתי באותם קורסים, כולל קורסים שלמדתי במוסדות אקדמיים אחרים ושאת פרטיהם והציונים שקיבלתי בהם מסרתי בעת ההרשמה ללימודי באוניברסיטה, פרטים בדבר השתתפות בקורס פרקטיקום כולל ציון הקורס, מידע בדבר סיום חובות השמיעה לתואר שני, מידע על עבודת התיזה לתואר שני ובכלל זה ציון התיזה.

אני משחרר/משחררת את האוניברסיטה וכל עובד מעובדיה ומוסד ממוסדותיה מחובת שמירה על סודיות ומכל חובה הנובעת מחוק הגנת הפרטיות תשמ"א 1981, בכל הנוגע למסירת המידע כאמור במסמך זה ולא תהיה לי כל תלונה או תביעה כלפי האוניברסיטה או מי מטעמה בקשר למסירת מידע כאמור.

הובהר לי שהמידע יועבר לצורך יעול ושיפור תהליך רישומי בפנקס הפסיכולוגים לאחר סיום לימודי, ככל שאסיים את לימודי בהצלחה. עוד הובהר לי שאם אבחר שלא לאשר מסירת המידע כאמור במסמך זה יהא עליי לבצע בעצמי את כל הפעולות שידרשו לצורך רישומי בפנקס הפסיכולוגים.

ידוע לי שאני רשאי להמנע מחתימה על מסמך זה ולא יהיה בכך כדי להשליך באופן כלשהו על לימודי באוניברסיטה.

ולראיה באתי על החתום:

שם פרטי + שם משפחה

ת.ז.

תאריך

חתימה

מאשר החתימה (מהאוניברסיטה): _____