

Scutire confidențialitate

Beneficiar/ă:

Adresare:

Nume, prenume:

Adresa:

data nașterii:

Împuternicit/ă

Autoritatea/persoana:

Conform art. 67b par. 2 Cod Social vol. X prin prezenta mă declar de acord ca funcționarul/a responsabilă în cadrul organizației mai sus numite să poată purta în numele meu discuții cu agenți în domeniile de mai jos și să participe la eventualele negocieri și că are dreptul de a salva datele mele în dosare și fișiere.

În cadrul asistenței de către autoritatea/ persoana numită mai sus, conform art. 69 par. 1 nr. 1 Cod Social vol. X este necesar, să rămân în contact regulat cu agenții din domeniile de mai jos referitor la integrarea mea profesională și socială. Prin urmare îl/o scutesc pe persoana responsabilă de obligația de confidențialitate.

Domenii:

☐ Clarificare chestiuni financiare

în

special: _____

☐ Comunicare cu autoritățile, aici

în

special: _____

☐ Clarificarea chestiunilor juridice

în

special: _____

☐ Clarificarea problemelor de locuit

în

special: _____

☐ Comunicare în domeniul asigurării de sănătate

în

special: _____

☐ Comunicare cu alte instituții sociale

în special: _____ (dl./dna.: _____)

☐ instituția curentă de îngrijire/ școală/ formator:

în special: _____ (dl./dna.: _____)

Totodată declar că scutirea de confidențialitate acordată este valabilă timp de maxim 6 luni, respectiv până la finele asistenței de către organizația mai sus menționată.

Dau prezenta declarație în mod benevol. Scutirea de confidențialitate mi-a fost tradusă și am înțeles conținutul acesteia. Am primit un exemplar tradus. Această scutire poate fi revocată oricând în viitor.

Scutire confidențialitate

Localitatea, data

Semnătura beneficiarului/
beneficiarei

Eventual Interpret/ă