

الإعفاء من واجب كتمان السر

ر/ب/ربة العمل

صيغة الخطاب:

اسم العائلة، الاسم الشخصي:

العنوان:

تاريخ الولادة:

المكلف/المكلفة

الدائرة/الشخص:

أصرح بموجب المادة 67ب الفقرة 2 من القانون الاجتماعي الجزء العاشر بموافقتي على أن يقوم/تقوم الموظف المختص/الموظفة المختصة في المؤسسة المذكورة أعلاه باسمي بإجراء محادثات مع مسؤولين من المجالات المذكورة أدناه والإشتراك كذلك بمفاوضات محتملة وأن يقوم بتخزين بياناتي في ملفات ورقية وإلكترونية.
من الضروري وفقا للمادة 69 الفقرة 1 الرقم 1 من القانون الاجتماعي الجزء العاشر في إطار الرعاية عبر الدائرة/الشخص المذكور/المذكورة أعلاه أن تقوم هذه الدائرة/ يقوم هذا الشخص في فترات دورية بتبادل المعلومات مع المسؤولين المذكورين حول انتمائي المهني والاجتماعي. ولذا فأنتني أعفي بموجب هذا جهة الاتصال المسؤولة عني من واجب كتمان السر.

المجالات:

☐ إيضاح المسائل المالية

خصوصا:

☐ التواصل مع الدوائر الرسمية هنا

خصوصا:

☐ إيضاح المسائل القانونية

خصوصا:

☐ إيضاح المسائل المتعلقة بالسكن

خصوصا:

☐ التواصل في مجال الرعاية الصحية

خصوصا:

☐ التواصل مع مرافق اجتماعية أخرى

خصوصا:

(السيد/السيدة:)

☐ مؤسسة الرعاية/المدرسة/المؤسسة التعليمية الحالية

خصوصا:

(السيد/السيدة:)

أصرح في الوقت ذاته أن الإعفاء من واجب كتمان السر الممنوح يسري لمدة أقصاها 6 أشهر أو حتى نهاية الرعاية عبر المؤسسة المذكورة.

أقر بأنني أمنح هذا التصريح بصفة اختيارية وأنه قد تم ترجمة تصريح الإعفاء من واجب كتمان السر لي وأنا أني قد فهمت محتواه. لقد تلقيت ترجمة من التصريح. يجوز الرجوع عن هذا التصريح في أي وقت كان رجوعا ذا اثر مستقبلي.

المترجم الشفوي إن وجد

توقيع المكلف/المكلفة

المكان، التاريخ