

תאריך: _____

לכבוד
האגף לרישוי מקצועות רפואיים
ירושלים

חוות דעת מקצועית לקראת קבלת רישיון קבוע לעיסוק ב - _____ .

א. פרטים אישיים של המועמד:

שם _____ טל' בבית: _____

מס' ת"ז _____ טל' בעבודה: _____

כתובת _____

מקום העבודה _____

תפקיד _____

ב. אני החתום מטה מצהיר בזה שהנני מכיר הכרות מקצועית ואישית את ד"ר/מר/גב' _____

בתפקידו/ה כ - _____

מתאריך _____ עד תאריך _____

במחלקה/יחידה _____

לדעתי, לפי ידיעותיו(ה) המקצועיות, מיומנותיו(ה) התנהגותו(ה), הינו(ה) ראוי(ה) לקבל רישיון קבוע לעיסוק ב - _____, במדינת ישראל.

שם (באותיות קריאות) _____

תואר ותפקיד _____

מס' רשיון _____

מס' תואר מומחה _____

מס' תעודת זהות _____

כתובת _____

בכבוד רב,

חותמת _____

חתימה _____