

לכבוד  
האגף לרישוי מקצועות רפואיים  
ירושלים

תאריך: \_\_\_\_\_

**חוות דעת מקצועית לקראת קבלת תעודת הכרה במעמד קבועה 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' \_\_\_\_\_

בתפקיד/ה כ - \_\_\_\_\_

מתאריך \_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_

במחלקה/יחידה \_\_\_\_\_

לדעתי, לפי ידיעותיו(ה) המקצועיות, מיומנותיו(ה) התנהגותו(ה), הינו(ה) ראוי(ה) לקבל  
**תעודת הכרה במעמד קבועה לעיסוק ב -** \_\_\_\_\_, במדינת ישראל.

שם (באותיות קריאות) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ תואר ותפקיד

\_\_\_\_\_ מס' רשיון

\_\_\_\_\_ מס' תואר מומחה

\_\_\_\_\_ מס' תעודת זהות

\_\_\_\_\_ כתובת

בכבוד רב,

\_\_\_\_\_ חותמת

\_\_\_\_\_ חתימה