

**טופס בקשה לרישום זמני להתמחות בפסיכולוגיה קלינית**
**א. פרטים אישיים**

שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_

מס' ת.ז.: \_\_\_\_\_ שם משפחה באותיות לטיניות: \_\_\_\_\_

שם משפחה קודם (במידה וקיים): \_\_\_\_\_ מין: \_\_\_\_\_ זכר / נקבה

תאריך לידה: \_\_\_\_\_ ארץ לידה: \_\_\_\_\_ שנת עליה: \_\_\_\_\_

כתובת מדויקת: \_\_\_\_\_ רחוב: \_\_\_\_\_ מס' בית: \_\_\_\_\_

מס' דירה: \_\_\_\_\_ ישוב: \_\_\_\_\_ מיקוד: \_\_\_\_\_

טלפון בבית: \_\_\_\_\_ טלפון נייד: \_\_\_\_\_

דוא"ל: \_\_\_\_\_

**ב. פרטי השכלה**

למודים לתואר שני / ישיר לדוקטורט בפסיכולוגיה באוניברסיטה: \_\_\_\_\_

חוג: \_\_\_\_\_ מגמה: \_\_\_\_\_

תאריך סיום כל חובות הלימודים לקראת תואר מוסמך, למעט עבודת גמר: \_\_\_\_\_

לתלמידי המסלול הישיר לדוקטורט - תאריך סיום הפרקטיקום וחובות לימודים מקבילים לתואר שני

הנני מתמחה בתחום נוסף (שאינו התחום המבוקש): \_\_\_\_\_

**ג. אישור המוסד המוכר**

שם המוסד: \_\_\_\_\_ כתובת: \_\_\_\_\_

אנו מאשרים בזה כי ממלא הטופס יתקבל במוסדנו כמתמחה מתאריך: \_\_\_\_\_

בהיקף משרה: \_\_\_\_\_ לתקופה של: \_\_\_\_\_ במסגרת: \_\_\_\_\_ אישפוז / מרפאה

מנהל המוסד: \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת: \_\_\_\_\_

פסיכולוג ראשי: \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת: \_\_\_\_\_

פסיכולוג אחראי על ההתמחות: \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_

**ד. הוראות למילוי הטופס**

**יש למלא את הטופס ולהגישו לוועדה המקצועית בצירוף המסמכים הבאים:**

- ✓ אישור על תאריך סיום כל חובות הלימודים לקראת תואר מוסמך, למעט עבודת גמר. לתלמידי המסלול הישיר לדוקטורט - אישור סיום הפרקטיקום וחובות לימודים מקבילים לתואר שני.
- ✓ אישור על המגמה בה למדת.
- ✓ קוריקולום לימודים רשמי של התואר השני (רשימת קורסים מפורטת).

**ה. הצהרת המתמחה**

עם כניסתי לתהליך ההתמחות אני מתחייב להודיע לוועדה בכתב על כל שינוי בתהליך או ברציפות ההתמחות ולקבל את אישור הוועדה המקצועית על כך. במעבר ממוסד אחד למוסד אחר יש לשלוח טופס בקשה לרישום להתמחות. ידוע לי כי שינויים שלא אקבל עליהם אישור מראש מהוועדה לא יחייבו את הוועדה. יש להודיע על כל שינוי כתובת, בצרוף צילום ת.ז. עם הכתובת המעודכנת, למנהל פנקס הפסיכולוגים במשרד הבריאות וכן למשרד מועצת הפסיכולוגים. כמו-כן, ידוע לי כי יום תחילת ההתמחות יחשב התאריך הנזכר בהודעת המוסד המוכר כיום תחילת ההתמחות בפועל או התאריך שבו התקבלה הבקשה בוועדה המקצועית, הכל לפי התאריך המאוחר יותר.

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

**ו. החלטת הוועדה המקצועית לפסיכולוגיה קלינית**

- מאושרת התחלת התמחות זמנית מתאריך: \_\_\_\_\_
- לא מאושרת מהסיבה: \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_
- תאריך: \_\_\_\_\_ שם המאשר: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_