

**טופס בקשה לשיבוץ מלגאי/ת במוסד מוכר להתמחות בפסיכולוגיה קלינית**

**א. פרטים**

שם המוסד: \_\_\_\_\_

שם הפסיכולוג/ית אחראי/ת על תהליך ההתמחות: \_\_\_\_\_

שם המתמחה – שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_

האם זכאי למלגה \* כן / לא \* נא לצרף העתק אישור זכאות למלגה

האם המתמחה חדש או בתוך תהליך התמחות? \_\_\_\_\_ את מי מחליף? \_\_\_\_\_

מסגרת ההתמחות במוסדכם אישפוזית / מרפאתית (נא לסמן בעיגול)

התאריך המבוקש להתחלת התמחותו במלגה: \_\_\_\_\_

תאריך סיום המלגה במוסדכם: \_\_\_\_\_ האם מסיים התמחות בכלל - כן / לא

תאריך מילוי הטופס: \_\_\_\_\_

**ב. החלטת הוועדה המקצועית לפסיכולוגיה קלינית**

מאושר לשיבוץ מתאריך: \_\_\_\_\_

לא מאושר מהסיבה: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ שם המאשר: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_