

גליון ריכוז נתונים לצורך קביעת מעמד מקצועי בפסיכולוגיה קלינית למסיימי לימודים ו/או התמחות בחו"ל

על מנת לעזור לכם ולנו לבדוק את בקשתכם להכרה במעמדכם המקצועי בתחום הפסיכולוגיה הקלינית, הנכם מתבקשים למלא את הטופס והטבלא המצורפת תוך שימת לב על מילוי כל ההוראות המתבקשות.
הועדה המקצועית תוכל לדון בבקשתכם רק במידה וכל המסמכים הנדרשים מצורפים.

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: _____

יש למספר את כל האישורים והמסמכים הנלווים לפי מספר האישור המפורט בצד הימני של הטבלא, במידה ויש מספר אישורים לאותו סעיף, יש למספר את כולם באותו מספר.
לדוגמא:
כל המסמכים הרלוונטיים לאישור מס' 9, ימוספרו כמספר 9.

אישור מספר	שם המסמך	האם מצורף אישור יש לסמן בעיגול
1	תעודת רישום בפנקס הפסיכולוגים	כן / לא
2	קורות חיים מקצועיים	כן / לא
3	צילום תעודת M.A.	כן / לא
4	צילום תעודת P.H.D. (באם יש תואר שלישי)	כן / לא
5	במידה והלימודים אינם במגמה קלינית יש לצרף: אישור האוניברסיטה כי בתקופת הלימודים לא היתה מגמה קלינית באוניברסיטה זו	כן / לא
6	רשימת מפורטת של הקורסים לתואר שני	כן / לא
7	רשימה מפורטת של הקורסים לתואר שלישי (באם יש)	כן / לא
8	אישור האוניברסיטה על תוכן הקורסים כולל המבחנים שנלמדו בקורסים באיבחון	כן / לא

יש לכלול בטבלא זו דיווח מהפרקטיקום ועד היום

אישור מספר	א. שם המוסד (ראה הערה א')	ב. לפני או אחרי קבלת תואר M.A מחק את המיותר	ג. סוג היחידה מחק את המיותר	ד. תקופת העבודה ממתי עד מתי	ה. היקף המשרה	ו. מספר שעות הדרכה שקיבלת			ז. מספר הטסטים שהעברת (ראה הערה ז')	ח. יש לצרף אישורים מתאימים (ראה הערה ח')
						איבחון	טיפול	ראיון		
9		לפני / אחרי	מרפאתי / אישפוזי							
10		לפני / אחרי	מרפאתי / אישפוזי							
11		לפני / אחרי	מרפאתי / אישפוזי							
12		לפני / אחרי	מרפאתי / אישפוזי							
13		לפני / אחרי	מרפאתי / אישפוזי							
14		לפני / אחרי	מרפאתי / אישפוזי							
15		לפני / אחרי	מרפאתי / אישפוזי							
16		לפני / אחרי	מרפאתי / אישפוזי							
17		לפני / אחרי	מרפאתי / אישפוזי							
18		לפני / אחרי	מרפאתי / אישפוזי							
19		לפני / אחרי	מרפאתי / אישפוזי							
20		לפני / אחרי	מרפאתי / אישפוזי							

הערה א': 1. יש לכלול "מסגרות קליניות מובהקות" בלבד, כלומר, עבודה בבית-חולים או מרפאה ציבורית לבריאות הנפש או מרפאה פרטית לבריאות הנפש מוכרת, והכוללת צוות רב מקצועי, ישיבות צוות, הדרכות, דיון על מקרים וכו' (ראה סעיף ד' תוכנית ההתמחות 2).
2. יש לכלול את תאור המוסד בנפרד.

הערה ז': יש לצרף פרוט שמות הטסטים שהעברת.

הערה ח': 1. אישור פסיכולוג קליני ראשי במוסד המתייחס לכל סעיפי הטבלא א-ז.
2. חוות דעת הפסיכולוגים הקליניים על כל אחד מהתחומים שהדריכו אותך.

**** במידה ואין בידך אישורים מתאימים, אין לכלול את הדיווח על המוסד הנ"ל במסגרת הדיווח על ותק ו/או נסיון**

Council of Psychologists

Ministry of Health

5 Harabi Mebachrach St. Tel Aviv-Jaffa 66849

call.habriut@moh.health.gov.il

Tel: *5400 Fax: 02-6474804



מועצת הפסיכולוגים

משרד הבריאות

רח' הרבי מבכרך 5, תל אביב-יפו 66849

call.habriut@moh.health.gov.il

טל: *5400 פקס: 02-6474804