



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

מועצת הפסיכולוגים

Council of Psychologists

טופס בקשה לקבלת תואר מומחה-מדריך בפסיכולוגיה רפואית

א. פרטים אישיים

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____
 מס' ת.ז.: _____ שם משפחה באותיות לטיניות: _____
 שם משפחה קודם (במידה וקיים): _____ מין: _____ זכר / נקבה
 תאריך לידה: _____ שנת עליה: _____
 כתובת מדויקת: ישוב: _____ רחוב: _____
 מס' בית: _____ מס' דירה: _____ מיקוד: _____
 טלפון בבית: _____ טלפון נייד: _____
 דוא"ל: _____

ב. פירוט הדרכת מתמחים

שם המודרך	תאריך התחלת התמחותו כחוק	מקום ההדרכה	תקופת ההדרכה מתאריך עד תאריך	מס' שעות ההדרכה
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
סה"כ שעות הדרכה				

אישור הפסיכולוג האחראי על ההתמחות על מעמד המתמחים אותם הדרכת ומס' שעות ההדרכה שקיבלו

שם הפסיכולוג האחראי _____ חתימה _____



ג. פרוט ההדרכה על הדרכה

שם המדריך ומס' רישום	תקופת ההדרכה מתאריך עד תאריך	מס' שעות הדרכה אישית	מס' שעות הדרכה קבוצתית משוקללות*	חתימת המדריך על ההדרכה
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
סה"כ שעות הדרכה				

*שעות הדרכה קבוצתית משוקללות: שעה וחצי הדרכה קבוצתית, משוקללות לשעת הדרכה אחת.

ד. הנחיות להגשת הבקשה

יש למלא את הטופס בשני העתקים ולהגישם לוועדה המקצועית בצירוף המסמכים הבאים:

- ✓ חוות דעת והמלצה של המדריכים על העבודה.
 - ✓ אישור כח-אדם מהמוסד המוכר בו הדרכת על היקף המשרה ותקופת העבודה.
 - ✓ אישור מהפסיכולוג האחראי על ההתמחות במוסד על מעמדם של המתמחים אותם הדרכת כולל מס' שעות ההדרכה או החתמתו על סעיף ב' בטופס זה.
 - ✓ צילום תעודת זהות והספח.
- הבקשה תטופל רק לאחר שנקבל את כל האישורים המפורטים.**

ה. החלטת הוועדה המקצועית לפסיכולוגיה רפואית

ממליצים על הענקת תואר מומחה מדריך מתאריך _____

הבקשה לא מאושרת מהסיבה: _____

תאריך: _____ שם המאשר: _____ חתימה: _____