



טופס בקשה לקבלת מעמד מוסד מוכר לצורך התמחות בפסיכולוגיה רפואית

יש למלא את הטופס בשני העתקים

א. פרטים:

שם המוסד: _____ בבעלות: _____
כתובת מדויקת: _____ רחוב: _____ מס': _____
ישוב: _____ מיקוד: _____ טלפון: _____
פקס: _____

ב. תאור המוסד:

מבנה המוסד – כגון: חלוקה ליחידות ומחלקות

2. השרותים המוצעים ע"י המוסד -

3. מקבלי השרותים – סוגי אוכלוסיה, גיל וכד'

4. סוגי הבעיות המטופלות במוסד – כגון: מחלות, הפרעות גופניות, נכויות וכד'





ג. תנאי עבודה:

יש לפרט: חדרי עבודה, ספרייה, כלים מקצועיים – (כגון: מבחנים, שאלונים וכד'), אמצעים לשמירת הסודיות וכד'.

ד. הצוות הבכיר:

מנהל המוסד: _____
פסיכולוג ראשי: _____
פסיכולוג אחראי על ההתמחות במוסד: _____
יש לצרף אישור כ"א על היקף משרה של לפחות 50% של הפסיכולוג האחראי על ההתמחות.

ה. הרכב הסגל:

סמן ב-X במקומות הרלבנטיים	שם משפחה ושם פרטי			היקף משרה (באחוזים)
	מדריך	בתהליכי הסמכה	מומחה	
				1.
				2.
				3.
				4.
				5.
				6.
				7.
				8.
				9.
				10.
				11.
				12.





ו. סוגי והיקף פעילויות ההדרכה:

יש לפרט: הדרכה פרטנית, קבוצתית, ישיבות צוות, השתלמויות וכד'.

ז. הדרכה מבחוץ (ע"י מדריכים שאינם עובדים במשרה במוסד):

יש לפרט: שמות המדריכים, שעות הדרכה שבועיות, המקום בו נתנת ההדרכה, נושאי ההדרכה וכד'.

ח. חתימות:

מנהל המוסד: _____

פסיכולוג ראשי: _____

פסיכולוג אחראי על ההתמחות במוסד: _____

ט. החלטת הוועדה המקצועית לפסיכולוגיה רפואית

מאושרת הכרה מתאריך _____

לא מאושרת מהסיבה: _____

תנאי ההכרה: _____

תאריך: _____ שם המאשר: _____ חתימה: _____

