



טופס בקשה לרישום לפרקטיקום 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: _____ ארץ לידה: _____ שנת עליה: _____
 כתובת מדויקת: רחוב: _____ מס' בית: _____
 מס' דירה: _____ ישוב: _____ מיקוד: _____
 טלפון בבית: _____ טלפון נייד: _____
 דוא"ל: _____

ב. פרטי השכלה

לימודים 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
 או מספר רישום בפנקס הפסיכולוגים: _____ תאריך הרישום: _____
 הנני מתמחה/מומחה בתחום נוסף (שאינו התחום המבוקש): _____

ג. אישור המוסד המוכר

שם המוסד: _____ כתובת: _____
 אנו מאשרים בזה כי ממלא הטופס יתקבל במוסדנו כפרקטיקנט מתאריך: _____
 בהיקף משרה: _____ (לא פחות מ- 16 שעות שבועיות)
 לתקופה של: _____ (לא פחות מ- 10 חודשים)
 מנהל המוסד: _____ חתימה וחותמת: _____
 פסיכולוג אחראי על ההתמחות: _____ חתימה וחותמת: _____
 תאריך: _____



ד. הוראות למילוי הטופס

יש למלא את הטופס בשני העתקים ולהגישם לועדה 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.
- ✓ או צילום תעודת מ.א. ו/או דוקטורט או אישור זכאות למ.א. ו/או לדוקטורט וצילום תעודת רישום בפנקס הפסיכולוגים.
- ✓ אישור על המגמה בה למדת.
- ✓ קוריקולום לימודים של התואר השני (רשימת קורסים מפורטת).

ו. החלטת הוועדה המקצועית לפסיכולוגיה רפואית

- מאושרת התחלת פרקטיקום מתאריך: _____
 - לא מאושרת מהסיבה: _____
- תאריך: _____ שם המאשר: _____ חתימה: _____