

טופס בקשה לרישום זמני להתמחות 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

למודים לתואר שני / ישיר לדוקטורט בפסיכולוגיה במוסד אקדמי מוכר: _____
 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
 הנני מתמחה בתחום נוסף (שאינו התחום המבוקש): _____

ג. אישור המוסד המוכר

שם המוסד: _____ כתובת: _____
 אנו מאשרים בזה כי ממלא הטופס יתקבל במוסדנו כמתמחה מתאריך: _____
 בהיקף משרה: _____ לתקופה של: _____ במסגרת: _____ אישפוז / מרפאה
 מנהל המוסד: _____ חתימה וחתימת: _____
 פסיכולוג ראשי: _____ חתימה וחתימת: _____
 פסיכולוג אחראי על ההתמחות: _____ חתימה וחתימת: _____
 תאריך: _____



ד. הוראות למילוי הטופס

יש למלא את הטופס ולהגישו לוועדה 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.
- ✓ אישור על המגמה בה למדת.
- ✓ קוריקולום לימודים של התואר השני (רשימת קורסים מפורטת ורשמית מהאוניברסיטה).

ה. הצהרת המתמחה

עם כניסתי לתהליך ההתמחות אני מתחייב להודיע לוועדה בכתב על כל שינוי בתהליך או ברציפות ההתמחות ולקבל את אישור הוועדה המקצועית על כך. במעבר ממוסד אחד למוסד אחר יש לשלוח טופס בקשה לרישום להתמחות. ידוע לי כי שינויים שלא אקבל עליהם אישור מראש מהוועדה לא יחייבו את הוועדה.

יש להודיע על כל שינוי כתובת, בצרוף צילום ת.ז. עם הכתובת המעודכנת, למנהל פנקס הפסיכולוגים במשרד הבריאות וכן למשרד מועצת הפסיכולוגים.

כמו-כן, ידוע לי כי יום תחילת ההתמחות יחשב התאריך הנזכר בהודעת המוסד המוכר כיום תחילת ההתמחות בפועל או התאריך שבו התקבלה הבקשה בוועדה המקצועית, הכל לפי התאריך המאוחר יותר.

תאריך: _____ חתימה: _____

ו. החלטת הוועדה המקצועית לפסיכולוגיה כפואית

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

