

טופס בקשה לרישום קבוע 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 באוניברסיטה: _____

חוג: _____ מגמה: _____

מספר רישום בפנקס הפסיכולוגים: _____ תאריך הרישום: _____

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 וחותמת: _____

פסיכולוג ראשי: _____ חתימה וחותמת: _____

פסיכולוג אחראי על ההתמחות: _____ חתימה וחותמת: _____

תאריך: _____



ד. המסמכים שיש לצרף

יש למלא את הטופס ולהגישו לוועדה המקצועית בצירוף המסמכים הבאים:

- ✓ צילום תעודת מ.א. ו/או דוקטורט או אישור זכאות למ.א. ו/או לדוקטורט.
- ✓ אישור על המגמה בה למדת.
- ✓ צילום תעודת רישום בפנקס הפסיכולוגים.
- ✓ קוריקולום לימודים (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 רפואית

מאושרת התחלת התמחות קבועה מתאריך _____

לא מאושרת מהסיבה: _____

תאריך: _____ שם המאשר: _____ חתימה: _____