

מדינת ישראל
STATE OF ISRAEL

Ministry of Health
Council of Psychologists
Tel-Aviv – Jaffa

משרד הבריאות
מועצת הפסיכולוגים
תל-אביב – יפו

טופס בקשה לרישום לשנת עבודה כפטור מבחינת סיום התמחות בפסיכולוגיה

כפוא'ית

א. פרטים אישיים

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____
מס' ת.ז.: _____ שם האב: _____
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 בעבודה: _____ פלפון: _____

ב. אישור המוסד המוכר

שם המוסד: _____ כתובת: _____
טלפון: _____
אנו מאשרים בזה כי הפסיכולוג: _____ יתקבל במוסדנו לשנת עבודה
מתאריך: _____ בהיקף משרה: _____ לתקופה של: _____
מנהל המוסד: _____ חתימה וחותמת: _____
פסיכולוג אחראי על ההתמחות: _____ חתימה וחותמת: _____
תאריך: _____

ו. החלטת הוועדה המקצועית לפסיכולוגיה כפוא'ית

מאושרת התחלת שנת עבודה כפטור מבחינת סיום התמחות מתאריך _____
 לא מאושרת מהסיבה: _____

תאריך: _____ שם המאשר: _____ חתימה: _____