

גליון ריכוז נתונים לצורך קביעת מעמד מקצועי בפסיכולוגיה רפואית למסיימי לימודים ו/או התמחות בחו"ל

על מנת לעזור לכם ולנו לבדוק את בקשתכם להכרה במעמדכם המקצועי בתחום הפסיכולוגיה הרפואית, הנכם מתבקשים למלא את הטופס והטבלא המצורפת תוך שימת לב על מילוי כל ההוראות המתבקשות.

הועדה המקצועית תוכל לדון בבקשתכם רק במידה **וכל המסמכים** הנדרשים מצורפים.

פרטים אישיים	
שם משפחה: _____	שם פרטי: _____
מס' ת.ז.: _____	
שם משפחה באותיות לטיניות: _____	שם משפחה קודם: _____
מין: ז / נ	תאריך לידה: _____
שנת עליה: _____	
כתובת מדויקת: _____	רחוב: _____
	מס' בית: _____
	מס' דירה: _____
ישוב: _____	מיקוד: _____
טלפון בבית: _____	טלפון נייד: _____
דוא"ל: _____	

יש למספר את כל האישורים והמסמכים הנלווים לפי מספר האישור המפורט בצד הימני של הטבלא, במידה ויש מספר אישורים לאותו סעיף, יש למספר את כולם באותו מספר.
לדוגמא:

כל המסמכים הרלוונטיים לאישור מס' 9, ימוספרו כמספר 9.

מספר אישור	שם המסמך	האם מצורף אישור יש לסמן בעיגול
1	תעודת רישום בפנקס הפסיכולוגים	כן / לא
2	קורות חיים מקצועיים	כן / לא
3	צילום תעודת M.A.	כן / לא
4	צילום תעודת P.H.D. (באם יש תואר שלישי)	כן / לא
5	רשימת מפורטת של הקורסים לתואר שני (סילבוס)	כן / לא
6	רשימה מפורטת של הקורסים לתואר שלישי (באם יש)	כן / לא
7	אישור האוניברסיטה על תוכן הקורסים	כן / לא

יש לכלול בטבלא זו דיווח מהפרקטיקום ועד היום

ח.יש לצרף אישורים מתאימים (ראה הערה ח')	ז.מספר הטסטים שהעברת	ו. מספר שעות הדרכה שקיבלת			ה. היקף המשרה	ד. תקופת העבודה ממתי עד מתי	ג. סוג היחידה מחק את המיותר	ב. לפני או אחרי קבלת תואר M.A מחק את המיותר	א. שם המוסד (ראה הערה א')	אישור מספר
		הדרכת סגל רפואי	טיפול פסיכולוגי	ראיון איבחון והערכה						
							מרפאתי / אישפוזי	לפני / אחרי		9
							מרפאתי / אישפוזי	לפני / אחרי		10
							מרפאתי / אישפוזי	לפני / אחרי		11
							מרפאתי / אישפוזי	לפני / אחרי		12
							מרפאתי / אישפוזי	לפני / אחרי		13
							מרפאתי / אישפוזי	לפני / אחרי		14
							מרפאתי / אישפוזי	לפני / אחרי		15
							מרפאתי / אישפוזי	לפני / אחרי		16
							מרפאתי / אישפוזי	לפני / אחרי		17
							מרפאתי / אישפוזי	לפני / אחרי		18
							מרפאתי / אישפוזי	לפני / אחרי		19
							מרפאתי / אישפוזי	לפני / אחרי		20

הערה א': 1. יש לכלול "מסגרות רפואיות מובהקות" בלבד, כלומר, עבודה בבית-חולים או מרפאת בית-חולים או מרפאה של קופת חולים

הכוללת צוות רב מקצועי, ישיבות צוות, הדרכות, דיון על מקרים וכו'.

2. יש לכלול את תאור המוסד בנפרד.

הערה ח': 1. אישור פסיכולוג רפואי ראשי במוסד המתייחס לכל סעיפי הטבלא א-ז.

2. חוות דעת הפסיכולוגים הרפואים על כל אחד מהתחומים שהדריכו אותך.

**** במידה ואין בידיך אישורים מתאימים, אין לכלול את הדיווח על המוסד הנ"ל במסגרת הדיווח על ותק ו/או נסיון.**

Council of Psychologists

Ministry of Health

5 Harabi Mebachrach St. Tel Aviv-Jaffa 66849

call.habriut@moh.health.gov.il

Tel: *5400 Fax: 02-6474804



מועצת הפסיכולוגים

משרד הבריאות

רח' הרבי מבכרך 5, תל אביב-יפו 66849

call.habriut@moh.health.gov.il

טל: *5400 פקס: 02-6474804