

3. השכלה

א. פירוט הלימודים בתחום המקצועי **בכל** מוסדות הרפואה שנלמדו (הקפד/י למלא את הפרטים באופן מדויק, נא לציין שם המוסדות בעברית ובלועזית):

תאריך הדיפלומה	מקצוע	תואר	תאריך סיום הלימודים	תאריך תחילת לימודים	ארץ ועיר	שם המוסדות/ בלועזית

ב. הכשרה מעשית (סטאז'):

שם המוסד	ארץ ועיר	תאריך התחלה	תאריך סיום	היקף שעות

ג. רישוי וניסיון (יש לצרף אישורי העסקה):

מקצוע הרישוי	מס' רישיון	תאריך הפקת הרישיון	רשות מאשרת	ארץ	תוקף הרישיון עד

ד. התמחויות מוכרות (במקצועות רפואה, רפואת שיניים ופסיכולוגיה):

שם ההתמחות	תאריך התחלה	תאריך סיום	תאריך קבלת תעודה	רשות מאשרת	ארץ

הערה לגבי תעודות ומסמכים:

יש לצרף לשאלון **העתקים** של התעודות המקוריות שאומתו על ידי נוטריון מורשה. אם התעודות המקוריות אינן כתובות בעברית או בערבית - יש לתרגם אותן לעברית. נכונות התרגום ודיוקו צריכים להיות מאושרים על ידי מתרגם מוסמך השולט בשפה העברית ובשפה המקורית.

במידה ולא ניתן לצרף מסמך כלשהו, יש לצרף על כך מכתב הסבר.

את רשימת המסמכים הנדרשים בכל מקצוע ומקצוע ניתן למצוא באתר האינטרנט של משרד הבריאות בכתובת: <http://www.health.gov.il/UnitsOffice/HR/professions/Pages/default.aspx>

4. הצהרה:

סמן X במקום המתאים

א. הצהרה בדבר מחלה מסכנת:

הריני מצהיר בזה כי אינני סובל ולא סבלתי מעולם ממחלה, העלולה לסכן את בריאות הציבור שבטיפול, או ממחלה, או כושר לקוי, העלולים לשלול ממני את היכולת לעסוק ב_____ לחלוטין, זמנית או חלקית.

____ נכון ____ לא נכון

1. הריני מצהיר/ה בזה כי לא עזבתי או פוטרתי ממקום עבודה, או שוחררתי משירות צבאי או לא גויסתי כלל, בשל מחלה או כושר לקוי אשר מנעו ממני את היכולת לעבוד או לשרת.

____ נכון ____ לא נכון

ב. הצהרה בדבר הרישיון:

הריני מצהיר/ה בזה כי רשיוני לא נשלל או הותלה מעולם בארץ או בארץ אחרת.

____ נכון ____ לא נכון

ג. הצהרה בדבר עבירות:

1. הריני מצהיר כי לא נפתח נגדי הליך משמעתי בארץ או בחו"ל.

____ נכון ____ לא נכון

2. הריני מצהיר כי אין במשטרה בחו"ל תיק תלוי ועומד כנגדי, לא מתנהל נגדי הליך פלילי בבית משפט בחו"ל בשל עבירה פלילית כלשהי וכן אין ברישומי המרשם הפלילי בחו"ל פרט רישום שלגביו טרם עברה תקופת ההתיישנות הקבועה בחוק.

____ נכון ____ לא נכון

במקרים בהם השבת "לא נכון" נא פרט/י

ד. הסכמה למסירת מידע פלילי

אני הח"מ, ת.ז. מס' _____, מסכים/ה בזאת כי משטרת ישראל תעביר לגורם המוסמך במשרד הבריאות מידע פלילי אודותי לצורך הקבוע בחוק המרשם הפלילי ותקנות השבים, התשמ"א – 1981 בהיקף שהוא זכאי לקבלו על-פי חוק. ידוע לי כי הסכמתי פוטר את המשטרה ואת מקבל המידע ממשלוח הודעה אלי בדבר מסירת המידע אודותיי.

ה. הצהרה על נכונות הפרטים:

אני מצהיר/ה בזאת שכל הפרטים שמסרתי נכונים, ושידוע לי כי אם יתברר שאינם נכונים, אני צפוי/ה לעונש בהתאם לחוק הישראלי.

_____ חתימה

_____ / _____ / _____ תאריך