בקשה לסיום התמחות ורישום לבחינה לצורך קבלת תואר מומחה בפסיכולוגיה שיקומית

א. פרטים אישיים

מס' ת.ז.: _____ תאריך לידה: _____ מין: זכר / נקבה

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ שם האב: _____

באותיות לטיניות:

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ שם האב: _____

במידה וקיים שם קודם: _____

כתובת מדויקת: ישוב: _____ רחוב: _____ מס' בית: ___ מס' דירה: ___ מיקוד: _____

טלפון בבית: _____ טלפון בעבודה: _____ טל. נייד: _____

כתובת מייל: _____

למודים לתואר שני / ישיר לדוקטורט בפסיכולוגיה משנת: _____ אוניברסיטת: _____

חוג (מחלקה): _____ תאריך מילוי כל החובות לתואר שני / שלישי _____

מגמה: _____ מספר רישום בפנקס הפסיכולוגים: _____ תאריך הרישום: _____

בעל/ת תואר פסיכולוג מומחה (לא שיקומי) מתאריך: _____ שם המומחיות: _____

בתהליך התמחות (לא שיקומי) מתאריך: _____ שם המומחיות: _____

ב. פירוט עבודה מעשית: (כל תקופת התמחות תפורט בנפרד)

שם המוסד המוכר להתמחות	סוג המסגרת	משך הזמן במוסד (מ__ עד __)	חלקיות המשרה
		סך כל חודשי ההתמחות בהתאם לשיעור המשרה	

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

קול הבריאות *5400

מועצת הפסיכולוגים
משרד הבריאות
רח' הרבי מבכרך 5, תל אביב-יפו 66849
call.habriut@moh.health.gov.il
טל: *5400 **פקס:** 02-6474804

ג. פירוט הדרכה (יש לפרט כל תקופת הדרכה בנפרד גם במקרים בהם ההדרכה התקיימה עם אותו מדריך)

תקופת ההדרכה מתאריך עד תאריך	שם המדריך ומס' הרישום	תחום מומחיות המדריך	שם המוסד	מספר שעות הדרכה (בהתאם לדיווח בטופסי הערכת המתמחה)			
				פסיכותרפיה		אבחון	
				אישי	קבוצתי משוקלל	מס' טסטים	שעות הדרכה
כמות הנדרשת				סה"כ 180 שעות (עד 1/3 ממדריך שאינו שיקומי)		סה"כ 60 שעות סה"כ 12 אבחונים (לפי מסמך הנחיות אבחון להתמחות שיקומית)	
סה"כ							

ד. הפסקות ברציפות ההתמחות

ציין/י תקופות הפסקת עבודה או הפסקת תהליך ההתמחות (תאריכים וסיבות, למעט חופשה שנתית רגילה,):

1. מתאריך _____ עד _____ סיבה: _____.
2. מתאריך _____ עד _____ סיבה: _____.
3. מתאריך _____ עד _____ סיבה: _____.

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

קול הבריאות *5400

מועצת הפסיכולוגים
משרד הבריאות
רח' הרבי מבכרך 5, תל אביב-יפו 66849
call.habriut@moh.health.gov.il
טל: *5400 **פקס:** 02-6474804

ה. חתימות

תאריך סיום ההתמחות: _____

חתימת המדריך האחראי על ההתמחות*: _____ תאריך: _____

חתימת מנהל המוסד המוכר להתמחות*: _____ תאריך: _____

חתימת המבקש: _____ תאריך: _____

* החתימה מאשרת כי המבקש/ת ביצע/ה את הפעולות עליהן דיווח/ה לעיל, והיא אינה מהווה את חוות הדעת על המבקש/ת.

ו. הוראות למילוי הטופס ומסמכים שיש לצרף

יש למלא את הטופס בשני העתקים ולהגישם לוועדה המקצועית בצירוף המסמכים הבאים:

- ✓ נא לשלוח את הטופס בשני עותקים.
- ✓ נא לצרף אישורי כ"א מהמוסדות על תקופת העסקה וחלקיות מישרה .
- ✓ נא לצרף צילום ת.ז. כולל הספח.
- ✓ ודא/י שכל מדריכיך יעבירו לוועדה את חוות דעתם עד למועד הגשת בקשה זו.

ז. החלטת הוועדה המקצועית לפסיכולוגיה שיקומית

זכאות לגשת לבחינה: זכאי / פטור / אחר _____

חתימת המאשר: _____

החלטת הועדה המקצועית לפסיכולוגיה שיקומית על קבלת המומחיות:

- ❑ מאושר תואר מומחה בפסיכולוגיה שיקומית מתאריך: _____
- ❑ לא מאושרת מהסיבה: _____

תאריך: _____ שם המאשר: _____ חתימה: _____

1.2021

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

קול הבריאות *5400

מועצת הפסיכולוגים
משרד הבריאות
רח' הרבי מבכרך 5, תל אביב-יפו 66849
call.habriut@moh.health.gov.il
טל: *5400 **פקס:** 02-6474804