



מועצת הפסיכולוגים

Council of Psychologists

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

הועדה המקצועית
לפסיכולוגיה קלינית

**בקשה לקבלת תואר מומחה בפסיכולוגיה קלינית
ו/או הרשמה לבחינת סיום ההתמחות בפסיכולוגיה קלינית
לפי תקנה 31 (א) (2), (3) בתקנות המומחיות**

תאריך הגשת הבקשה: _____

א. **פרטים אישיים**

שם ושם משפחה: _____ תעודת זהות: _____

שם האב: _____ מקום ושנת לידה _____ שנת עליה: _____

כתובת נוכחית: ישוב _____ רחוב _____ מס' בית _____ מיקוד _____

טל' בית _____ טל' בעבודה _____ טל' נייד _____

כתובת דוא"ל: _____ תואר אקדמי _____ משנת _____

מאוניברסיטה _____ תאריך אישור זכאות סיום חובות לתואר שני בפסיכולוגיה קלינית

(כולל תזה) _____ תאריך רישום בפנקס הפסיכולוגים _____

האם ניגשת בעבר לבחינת סיום ההתמחות הקלינית? כן / לא

במידה וכן, נא לפרט: _____

תאריך הבחינה/ות: (1) _____ (2) _____

נכשל בתחום הפסיכודיאגנוסטיקה: כן / לא

נכשל בתחום הפסיכותרפיה: כן / לא

שמות חברי צוות הבחינה/ות: _____

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



רשאים להגיש בקשה להבחן		מועד הגשת הבקשה להבחן	מועד הבחינה
מתמחים שיסיימו התמחות בפועל עד לתאריך 28.2 יהיה עליהם להשלים את כל המסמכים הנדרשים עד לתאריך 15.3	מתמחים שיסיימו התמחות בפועל עד לתאריך 31.12 יהיה עליהם להשלים את כל המסמכים הנדרשים עד לתאריך 15.1	הגשת טפסים עד לתאריך 1.1. לאחר תאריך זה, לא תתקבלנה בקשות לגשת לבחינה במועד קיץ	קיץ 1 במאי עד 31 במאי
מתמחים שיסיימו התמחות בפועל עד לתאריך 31.8 יהיה עליהם להשלים את כל המסמכים הנדרשים עד לתאריך 15.9	מתמחים שיסיימו התמחות בפועל עד לתאריך 30.6 יהיה עליהם להשלים את כל המסמכים הנדרשים עד לתאריך 15.7	הגשת טפסים עד לתאריך 1.7. לאחר תאריך זה, לא תתקבלנה בקשות לגשת לבחינה במועד חורף	חורף 1 בנובמבר עד 30 בנובמבר
אם עברו למעלה מ-5 שנים מיום סיום ההתמחות בפועל יש לפנות בכתב לועדה המקצועית טרם הגשת הבקשה לגשת לבחינה		באחריות הנבחן לוודא שהטפסים התקבלו במשרד מועצת הפסיכולוגים עד לתאריך הנדרש	הערות

הנחיות להגשת הבקשה:

- נא לשלוח את הטופס והמסמכים הנלווים בשני עותקים.
- נא לצרף אישורי כ"א מהמוסדות הכוללים תאריכי העסקה והיקף משרה (כולל פירוט חל"ד, חל"ת וחופשות מעל חודש ימים ברציפות).
- נא לצרף צילום ת.ז. כולל הספח.

יש לוודא שכל מדריכך יעבירו לועדה את חוות דעתם עד למועד הגשת בקשה זו.

חתימת המבקש: _____

לשימוש הועדה המקצועית

זכאות לגשת לבחינה: זכאי / פטור / אחר _____

שם הבודק: _____ תאריך בדיקה: _____

שם המאשר: _____ חתימת המאשר: _____

**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 הפסיכולוגית
משרד הבריאות**

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