



**משרד הבריאות**  
לחיים בריאים יותר

מועצת הפסיכולוגים  
Council of Psychologists

**הועדה מקצועית  
לפסיכולוגיה רפואית**

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

תאריך הגשת הבקשה: \_\_\_\_\_

**א. פרטים אישיים**

שם ושם משפחה: \_\_\_\_\_ מספר ת"ז: \_\_\_\_\_

מקום ושנת לידה: \_\_\_\_\_ שנת עליה: \_\_\_\_\_

כתובת נוכחית: ישוב \_\_\_\_\_ רחוב \_\_\_\_\_ מס' בית \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_

מקום עבודה נוכחי: \_\_\_\_\_ טל' בבית \_\_\_\_\_ נייד \_\_\_\_\_

דוא"ל: \_\_\_\_\_

תואר אקדמי \_\_\_\_\_ משנת \_\_\_\_\_ מאוניברסיטה \_\_\_\_\_

תאריך סיום חובות לתואר שני בפסיכולוגיה רפואית, פרט לתזה \_\_\_\_\_

תאריך רישום בפנקס הפסיכולוגים \_\_\_\_\_

האם ניגשת בעבר לבחינת סיום ההתמחות הרפואית? כן / לא . באיזה תאריכים \_\_\_\_\_

שמות חברי צוות הבוחנים: \_\_\_\_\_

=====

**ב. בקשה לבחינה:**

אני מבקש/ת לגשת לבחינת סיום ההתמחות בפסיכולוגיה רפואית בחודש מאי / נובמבר סמני את המועד הרצוי לך.

אנא ציין/ני האם אחד מחלקי הבחינה המוגשת (המקרה, ההתערבות המערכתית / הקבוצתית) הינו במיקוד ילדים: כן / לא.

ציין/י את שמות המדריכים הרפואיים אתם היה (או יש) לך קשר חברתי או מקצועי משמעותי, ואשר לא צוינו בגיליון ריכוז נתוני ההתמחות. זאת על מנת להבטיח כי לא ישובצו כבוחנים בבחינתך.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_





| מועד הבחינה                           | מועד הגשת הטפסים  | רשאים להגיש בקשה לסיום התמחות   |
|---------------------------------------|---|---|
| קיץ<br>1 מאי<br>עד<br>31 מאי          | הגשת טפסים עד<br>לתאריך 1.3<br>לאחר תאריך זה, לא תתקבלנה<br>בקשות לגשת לבחינה<br>במועד קיץ  | מתמחים שיסיימו התמחות בפועל<br>עד לתאריך 28.2<br>יהיה עליהם להשלים את כל המסמכים<br>הנדרשים עד לתאריך 15.3    |
| חורף<br>1 בנובמבר<br>עד<br>30 בנובמבר | הגשת טפסים עד<br>לתאריך 1.9<br>לאחר תאריך זה, לא תתקבלנה<br>בקשות לגשת לבחינה<br>במועד חורף | מתמחים שיסיימו התמחות בפועל<br>עד לתאריך 31.8<br>יהיה עליהם להשלים את כל המסמכים<br>הנדרשים עד לתאריך 15.9    |
| הערות                                 | באחריות הנבחן לוודא<br>שהטפסים התקבלו במשרד<br>מועצת הפסיכולוגים עד<br>לתאריך הנדרש         | אם עברו למעלה מ-5 שנים מיום סיום<br>ההתמחות בפועל יש לפנות בכתב לוועדה<br>המקצועית טרם הגשת הבקשה לגשת לבחינה |

### הנחיות להגשת הבקשה:

- ✓ נא לשלוח את הטופס בשני עותקים.
- ✓ נא לשלוח את גיליון ריכוז נתוני ההתמחות המלא, 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.

ודא/י שכל מדריכך יעבירו לוועדה את חוות דעתם עד למועד הגשת בקשה זו.

חתימת המבקש: \_\_\_\_\_

### לשימוש הועדה המקצועית

זכאות לגשת לבחינה: זכאי / פטור / אחר \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ חתימת המאשר: \_\_\_\_\_

החלטת הועדה המקצועית לפסיכולוגיה רפואית על קבלת המומחיות:

מאושר תואר מומחה בפסיכולוגיה רפואית מתאריך: \_\_\_\_\_

לא מאושרת מהסיבה: \_\_\_\_\_

תאריך: \_\_\_\_\_ שם המאשר: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_