



מועצת הפסיכולוגים

Council of Psychologists

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

טופס בקשה לקבלת תואר מומחה-מדריך בפסיכולוגיה התפתחותית

א. פרטים אישיים

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ ת.ז.: _____

שם משפחה קודם (במידה וקיים): _____ מין: זכר / נקבה

שם האב: _____ שם משפחה באותיות לטיניות: _____

תאריך לידה: _____ שנת עליה: _____

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

מיקוד: _____ נייד: _____ טלפון בעבודה: _____

דוא"ל: _____ מקום עבודה: _____

ב. פירוט הדרכת מתמחים

מס' שעות הדרכה		תקופת ההדרכה מתאריך עד תאריך	מקום ההדרכה	תאריך התחלת התמחות כחוק	שם המודרך	
קבוצתי (עד 1/4 מהנדרש*)	פרטניות*					
						1
						2
						3
						4
						5
						6
		סה"כ שעות הדרכה				

*לפחות 200 שעות הדרכה פרטניות ניתן להמיר עד 50 שעות בהדרכה קבוצתיות (בקבוצה של עד 4 מודרכים).

אישור הפסיכולוג האחראי על ההתמחות על מעמד המתמחים אותם הדרכת ומס' שעות ההדרכה שקיבלו

שם הפסיכולוג האחראי _____ חתימה _____

**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



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

מועצת הפסיכולוגים

Council of Psychologists

ג. פרוט ההדרכה על הדרכה (60 שעות מלפחות שני מדריכים התפתחותיים-מינימום 20 שעות הדרכה מכל מדריך)

חתימת המדריך על ההדרכה		מס' שעות הדרכה קבוצתית משוקללות*	מס' שעות הדרכה אישית	תקופת ההדרכה מתאריך עד תאריך	שם המדריך ומס' רישום	
קבוצתי	פרטני					
						1
						2
						3
						4
		סה"כ שעות הדרכה				

*שעות הדרכה קבוצתית משוקללות: שעה וחצי הדרכה קבוצתית (עד 8 מודרכים), משוקללות לשעת הדרכה אחת.

ד. הנחיות להגשת הבקשה

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

- ✓ חוות דעת והמלצה של המדריכים על העבודה.
- ✓ אישור כח-אדם מהמוסד המוכר בו הדרכת על היקף המשרה ותקופת העבודה.
- ✓ אישור מהפסיכולוג האחראי על ההתמחות במוסד על מעמדם של המתמחים אותם הדרכת כולל מס' שעות ההדרכה או החתמתו על סעיף ב' בטופס זה.
- ✓ צילום ת.ז כולל ספח.

הבקשה תטופל רק לאחר שנקבל את כל האישורים המפורטים.

ה. החלטת הוועדה המקצועית לפסיכולוגיה **התפתחותית**

ממליצים על הענקת תואר מומחה מדריך מתאריך _____

הבקשה לא מאושרת מהסיבה: _____

תאריך: _____ שם המאשר: _____ חתימה: _____

**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