

מדינת ישראל  
STATE OF ISRAEL

Ministry of Health  
Council of Psychologists  
Tel-Aviv – Jaffa

משרד הבריאות  
מועצת הפסיכולוגים  
תל-אביב – יפו

**טופס בקשה לרישום לפרקטיקום בפסיכולוגיה התפתחותית**

**א. פרטים אישיים**

שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_  
מס' ת.ז.: \_\_\_\_\_ שם האב: \_\_\_\_\_  
שם משפחה באותיות לטיניות: \_\_\_\_\_  
שם משפחה קודם (במידה וקיים): \_\_\_\_\_ מין: זכר / נקבה  
תאריך לידה: \_\_\_\_\_ ארץ לידה: \_\_\_\_\_ שנת עליה: \_\_\_\_\_  
כתובת מדויקת: רחוב: \_\_\_\_\_ מס' בית: \_\_\_\_\_  
מס' דירה: \_\_\_\_\_ ישוב: \_\_\_\_\_ מיקוד: \_\_\_\_\_  
טלפון בבית: \_\_\_\_\_ טלפון בעבודה: \_\_\_\_\_ פלפון: \_\_\_\_\_  
דוא"ל: \_\_\_\_\_

**ב. פרטי השכלה**

לימודים לתואר שני / ישיר לדוקטורט בפסיכולוגיה באוניברסיטה: \_\_\_\_\_  
חוג: \_\_\_\_\_ מגמה: \_\_\_\_\_  
תאריך סיום כל חובות הלימודים לקראת תואר מוסמך, למעט עבודת גמר: \_\_\_\_\_  
לתלמידי המסלול הישיר לדוקטורט - תאריך סיום הפרקטיקום וחובות לימודים מקבילים לתואר שני  
או מספר רישום בפנקס הפסיכולוגים: \_\_\_\_\_ תאריך הרישום: \_\_\_\_\_  
הנני מתמחה/מומחה בתחום נוסף (שאינו התחום המבוקש): \_\_\_\_\_

**ג. אישור המוסד המוכר**

שם המוסד: \_\_\_\_\_ כתובת: \_\_\_\_\_  
אנו מאשרים בזה כי ממלא הטופס יתקבל במוסדנו כפרקטיקנט מתאריך: \_\_\_\_\_  
בהיקף משרה: \_\_\_\_\_ (לא פחות מ- 16 שעות שבועיות)  
לתקופה של: \_\_\_\_\_ (לא פחות מ- 10 חודשים)  
מנהל המוסד: \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת: \_\_\_\_\_  
פסיכולוג אחראי על ההתמחות: \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת: \_\_\_\_\_  
תאריך: \_\_\_\_\_

**ד. הוראות למילוי הטופס**

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

- ✓ אישור על תאריך סיום כל חובות הלימודים לקראת תואר מוסמך, למעט עבודת גמר. לתלמידי המסלול הישיר לדוקטורט - אישור סיום הפרקטיקום וחובות לימודים מקבילים לתואר שני.
- ✓ או צילום תעודת מ.א. ו/או דוקטורט או אישור זכאות למ.א. ו/או לדוקטורט וצילום תעודת רישום בפנקס הפסיכולוגים.
- ✓ אישור על המגמה בה למדת.
- ✓ קוריקולום לימודים של התואר השני (רשימת קורסים מפורטת).

**ו. החלטת הוועדה המקצועית לפסיכולוגיה התפתחותית**

מאושרת התחלת פרקטיקום מתאריך: \_\_\_\_\_

לא מאושרת מהסיבה: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

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