



## בקשה לסיים התמחות ורישום לבחינה לצורך קבלת תואר מומחה בפסיכולוגיה התפתחותית

לפי תקנה 31 (א) (2), (3) בתקנות המומחיות

### א. פרטים אישיים:

שם משפחה: \_\_\_\_\_ שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם האב: \_\_\_\_\_

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

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

טלפון בבית: \_\_\_\_\_ טלפון בעבודה: \_\_\_\_\_ טל. נייד: \_\_\_\_\_

דוא"ל: \_\_\_\_\_

מקום עבודה נוכחי: \_\_\_\_\_

1. \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_ טלפון: \_\_\_\_\_

תואר שני בפסיכולוגיה משנת: \_\_\_\_\_ מגמה: \_\_\_\_\_ אוניברסיטה: \_\_\_\_\_

לבוגרי מגמה התפתחותית תאריך מילוי כל החובות לתואר שני פרט לתיזה: \_\_\_\_\_

תאריך סיום תכנית ההשלמות בפסיכולוגיה התפתחותית: \_\_\_\_\_

מספר רישום בפנקס הפסיכולוגים: \_\_\_\_\_ תאריך הרישום: \_\_\_\_\_

בעל/ת מומחיות נוספת בפסיכולוגיה \_\_\_\_\_ מתאריך: \_\_\_\_\_

האם נגשת בעבר לבחינת סיום התמחות בפסיכולוגיה התפתחותית: כן / לא בתאריך: \_\_\_\_\_

צוות הבוחנים: \_\_\_\_\_

**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



ב. מקומות ההתמחות: יש לצרף אישורי כח-אדם על תקופת התמחותך במוסדות מוכרים, על האישור להיות רשמי ממחלקת משאבי אנוש במוסד ולכלול תאריכי עבודתך במוסד והיקף המשרה.

שם המוסד	סוג היחידה (מכון/תחום נוסף)	תקופת העבודה	היקף המשרה	חתימת הפסיכולוג האחראי

ד. המלצת הפסיכולוג האחראי על ההתמחות (במוסד האחרון בו נעשתה ההתמחות) לגבי זכאות לסיום התמחות:

האם לדעתך המודרך יכול לסיים כיום את ההתמחות ולהיות פסיכולוג התפתחותי עצמאי? כן / לא

ה. הוראות למילוי הטופס ומסמכים שיש לצרף:

- יש למלא את הטופס בשני העתקים ולהגישם לוועדה המקצועית בצירוף המסמכים הבאים:
- ✓ אישורי כ"א הכוללים תאריכי העסקה והיקפי משרה (כולל פירוט חל"ד, חל"ת וכל חופשה מעל חודש ברציפות).
  - ✓ אישורי השתלמויות רשמיות (אין צורך במקור).
  - ✓ צילום ת.ז. כולל ספח.

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

**למועד קיץ (מאי) יש להגיש את טפסי ההרשמה עד לתאריך 1.1**  
**מועד חורף (נובמבר) יש להגיש את טפסי ההרשמה עד לתאריך 1.7**



מועצת הפסיכולוגים  
Council of Psychologists

משרד  
הבריאות  
לחיים בריאים יותר

**ו. חתימות:**

חתימת המתמחה: \_\_\_\_\_ חתימת המדריך המגיש: \_\_\_\_\_  
תאריך: \_\_\_\_\_

**ז. החלטת הוועדה המקצועית לפסיכולוגיה התפתחותית:**

זכאות לגשת לבחינה: זכאי / פטור / אחר \_\_\_\_\_  
תאריך: \_\_\_\_\_ שם המאשר: \_\_\_\_\_ חתימה: \_\_\_\_\_

**החלטת הוועדה המקצועית לפסיכולוגיה התפתחותית על קבלת המומחיות:**

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

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





2. טיפול והתערבות (30 טיפולים לפחות, מתוך כלל הטיפולים לפחות 8 מקרים ארוכי טווח):  
תחת הדרכה פרטנית של לפחות 100 שעות משני מדריכים

קצר מועד (מס' מקרים)	אורך (מס' מקרים- מעל 9 חודשים)	מס' שעות טיפול	חתימת המדריך
			טיפול בילד
			טיפול הורה-ילד
			עבודה עם הורים
			טיפול קבוצתי
			טיפולים משולבים

3. עבודה מערכתית (לפחות 12 התערבויות תחת הדרכה של לפחות 50 שעות פרטניות משני מדריכים לפחות):

התערבות עם צוות רב מקצועי		הדרכות בגני ילדים ובקהילה		המוסד
מספר התערבויות	שעות	מספר הדרכות	שעות	
				סה"כ:

חתימת המדריך \_\_\_\_\_

4. הדרכה (סה"כ 300 שעות):

שם המדריך	תחומי הדרכה	מס' שעות	חתימת המדריך	האם נשלח טופס הערכה
				כן / לא
				כן / לא
				כן / לא
				כן / לא
				סה"כ:

