



**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.



מועצת הפסיכולוגים
Council of Psychologists

**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

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