

בקשה לסיום התמחות ורישום לבחינה לצורך קבלת תואר מומחה בפסיכולוגיה עיקולאית

א. פרטים אישיים
מס' ת.ז.: _____ תאריך לידה: _____ מין: _____ זכר / נקבה
שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ שם האב: _____
באותיות לטיניות: _____
שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ שם האב: _____
במידה וקיים שם קודם: _____
כתובת מדויקת: ישוב: _____ רחוב: _____ מס' בית: _____ מס' דירה: _____ מיקוד: _____
טלפון בבית: _____ טלפון בעבודה: _____ טל. נייד: _____
כתובת מייל: _____
למודים לתואר שני / ישיר לדוקטורט בפסיכולוגיה משנת: _____ אוניברסיטת: _____
חוג (מחלקה): _____ תאריך מילוי כל החובות לתואר שני / שלישי: _____
מגמה: _____ מספר רישום בפנקס הפסיכולוגים: _____ תאריך הרישום: _____
בעלת תואר פסיכולוג מומחה (לא שיקומי) מתאריך: _____ שם המומחיות: _____
בתהליך התמחות (לא שיקומי) מתאריך: _____ שם המומחיות: _____

ב. פירוט עבודה מעשית: (כל תקופת התמחות תפורט בנפרד)			
שם המוסד המוכר להתמחות	סוג המסגרת	משך הזמן במוסד (מ עד __)	חלקיות המשרה
		סך כל חודשי ההתמחות בהתאם לשיעור המשרה	

ג. פירוט הדרכה (יש לפרט כל תקופת הדרכה בנפרד גם במקרים בהם ההדרכה התקיימה עם אותו מדריך)							
תקופת ההדרכה מתאריך עד תאריך	שם המדריך ומס' הרישום	תחום מומחיות המדריך	שם המוסד	מספר שעות הדרכה (בהתאם לדיווח בטופסי הערכת המתמחה)		שעות הדרכה	
				פסיכותרפיה	אבחון		
							אישי
כמות הנדרשת				סה"כ 180 שעות (עד 1/3 ממדריך שאינו שיקומי)	סה"כ 60 שעות 12 אבחונים (לפי מסמך הנחיות אבחון להתמחות שיקומית)		
סה"כ							

ד. הפסקות ברציפות ההתמחות

ציין/י תקופות הפסקת עבודה או הפסקת תהליך ההתמחות (תאריכים וסיבות, למעט חופשה שנתית רגילה):

1. מתאריך _____ עד _____ סיבה: _____
2. מתאריך _____ עד _____ סיבה: _____
3. מתאריך _____ עד _____ סיבה: _____



ה. חתימות

תאריך סיום ההתמחות: _____

חתימת המדריך האחראי על ההתמחות*: _____ תאריך: _____

חתימת מנהל המוסד המוכר להתמחות*: _____ תאריך: _____

חתימת המבקש: _____ תאריך: _____

* החתימה מאשרת כי המבקש/ת ביצע/ה את הפעולות עליהן דיווח/ה לעיל, והיא אינה מהווה את חוות הדעת על המבקש/ת.

ו. הוראות למילוי הטופס ומסמכים שיש לצרף

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

- ✓ נא לשלוח את הטופס בשני עותקים.
- ✓ נא לצרף אישורי כ"א מהמוסדות על תקופת העסקה וחלקיות מישרה.
- ✓ נא לצרף צילום ת.ז. כולל הספח.
- ✓ ודא/י שכל מדריך/כך יעבירו לוועדה את חוות דעתם עד למועד הגשת בקשה זו.

ז. החלטת הוועדה המקצועית לפסיכולוגיה שיקומית

זכאות לגשת לבחינה: זכאי / פטור / אחר _____

חתימת המאשר: _____

החלטת הוועדה המקצועית לפסיכולוגיה שיקומית על קבלת המומחיות:

- ☐ מאושר תואר מומחה בפסיכולוגיה שיקומית מתאריך: _____
- ☐ לא מאושרת מהסיבה: _____

תאריך: _____ שם המאשר: _____ חתימה: _____

1.2021