

## בקשה להשלמת שעות הכשרה מעשית בדימות רפואי

### הנחיות

- יש להקפיד למלא את הטופס כאשר השדות המסומנים בכוכבית (\*) הינם חובה למילוי.
- האישור לעבודה בפיקוח יהיה בתוקף רק לאחר אישור מנהל האגף לרישוי מקצועות רפואיים במשרד הבריאות, כי הנך רשאי/ת לעבוד בפיקוח בהתאם לחוק.
- את הטופס יש למלא ולשלוח אל מנהל האגף לרישוי מקצועות רפואיים, רחוב ירמיהו 39, ת.ד. 1176 ירושלים 9101002, משרד הבריאות.

### פרטי הבקשה

אני החתום/ה מטה:

*שם משפחה:	*שם פרטי:
*תעודת זהות:	*טלפון נייד:
*כתובת:	מיקוד:
*דוא"ל:	

א. מבקש/ת להשלים שעות הכשרה מעשית בהתאם לדרישות החוק במקצוע זה.

☐ ברצוני להשלים שעות הכשרה מעשית במכון הדימות בית חולים ציבורי כללי שיש בו חדר מיון, שם המוסד: \_\_\_\_\_

☐ ברצוני להשלים שעות הכשרה מעשית במכון דימות שלא בבית חולים ציבורי כללי, שם המוסד: \_\_\_\_\_

ב. לבקשה זו מצורפים:

☐ אישור מחלקת משאבי אנוש במוסד הרפואי הנוגע להעסקת העובד כדימותן רפואי בתקן ובמשרה מלאה וציון תאריכי ההעסקה המדויקים.

☐ הצהרת הדימותן הרפואי הראשי, לקראת השלמת שעות מעשיות בדימות רפואי בבי"ח כללי ציבורי/לא בבי"ח כללי ציבורי.

תאריך

\*חתימה

### לשימוש משרד הבריאות

החתום/ה לעיל \_\_\_\_\_ רשאי/ת להשלים שעות הכשרה מעשית בתחום ה: \_\_\_\_\_ בהיקף של \_\_\_\_\_ שעות ובהתאם למתכונת.

בכבוד רב,

האגף לרישוי מקצועות רפואיים

עמוד - 1 - מתוך 1

