



מועצת הפסיכולוגים

Council of Psychologists

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

הועדה המקצועית
לפסיכולוגיה קלינית

**בקשה לקבלת תואר מומחה בפסיכולוגיה קלינית
ו/או הרשמה לבחינת סיום ההתמחות בפסיכולוגיה קלינית
לפי תקנה 31 (א) (2), (3) בתקנות המומחיות**

תאריך הגשת הבקשה: _____

א. פרטים אישיים

שם ושם משפחה: _____ תעודת זהות: _____

שם האב: _____ מקום ושנת לידה _____ שנת עליה: _____

כתובת נוכחית: ישוב _____ רחוב _____ מס' בית _____

טל' נייד _____ כתובת דוא"ל: _____

תואר אקדמי _____ משנת _____ מאוניברסיטה _____

תאריך אישור זכאות כל החובות הנדרשות לתואר שני בפסיכולוגיה קלינית (כולל תזה) _____

תאריך רישום בפנקס הפסיכולוגים _____

האם ניגשת בעבר לבחינת סיום ההתמחות הקלינית? כן / לא במידה וכן, נא לפרט: _____

תאריך הבחינה/ות: (1) _____ (2) _____

נכשל בתחום הפסיכותרפיה: כן / לא נכשל בתחום הפסיכודיאגנוסטיקה: כן / לא

שמות חברי צוות הבחינה/ות: _____

**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



**משרד
הבריאות**
לחיים בריאים יותר

מועצת הפסיכולוגים

Council of Psychologists

רשאים להגיש בקשה להבחן		מועד הגשת הבקשה להבחן	מועד הבחינה
מתמחים שיסיימו התמחות בפועל עד לתאריך 28.2 יהיה עליהם להשלים את כל המסמכים הנדרשים עד לתאריך 15.3	מתמחים שיסיימו התמחות בפועל עד לתאריך 31.12 יהיה עליהם להשלים את כל המסמכים הנדרשים עד לתאריך 15.1	הגשת טפסים עד לתאריך 1.1. לאחר תאריך זה, לא תתקבלנה בקשות לגשת לבחינה במועד קיץ	קיץ 1 במאי עד 31 במאי
מתמחים שיסיימו התמחות בפועל עד לתאריך 31.8 יהיה עליהם להשלים את כל המסמכים הנדרשים עד לתאריך 15.9	מתמחים שיסיימו התמחות בפועל עד לתאריך 30.6 יהיה עליהם להשלים את כל המסמכים הנדרשים עד לתאריך 15.7	הגשת טפסים עד לתאריך 1.7. לאחר תאריך זה, לא תתקבלנה בקשות לגשת לבחינה במועד חורף	חורף 1 בנובמבר עד 30 בנובמבר
אם עברו למעלה מ-5 שנים מיום סיום ההתמחות בפועל יש לפנות בכתב לוועדה המקצועית טרם הגשת הבקשה לגשת לבחינה		באחריות הנבחן לוודא שהטפסים התקבלו במשרד מועצת הפסיכולוגים עד לתאריך הנדרש	הערות

מסמכים שיש לצרף לבקשה:

- טופס ריכוז נתונים.
- אישורי כ"א מהמוסדות הכוללים תאריכי העסקה והיקף משרה (כולל פירוט חל"ד, חל"ת וחופשות מעל חודש ימים ברציפות).
- צילום ת.ז. כולל ספח.

יש להעביר את הבקשה עם כל המסמכים לכתובת psyttest@mky.health.gov.il

חתימת המבקש: _____

לשימוש הועדה המקצועית

זכאות לגשת לבחינה: זכאי / פטור / אחר _____

שם הבדוק: _____ תאריך: _____

שם המאשר: _____ חתימת המאשר: _____

**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