

תאריך: \_\_\_\_\_

מספר תיק: \_\_\_\_\_

לכבוד

האגף לרישוי מקצועות רפואיים

ירושלים

**חוות דעת מקצועית לקראת קבלת רישיון קבוע או תעודה קבועה במקצועות רפואיים**

א. פרטיים אישיים של המועמד:

שם: \_\_\_\_\_

ת.ז.: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_

מקום העבודה: \_\_\_\_\_

תפקיד: \_\_\_\_\_

ב. אני החתום מטה מצהיר בזה הנני מכיר את ד"ר/מר/גב' \_\_\_\_\_

בתפקידו/ה כ- \_\_\_\_\_ מתאריך \_\_\_\_\_ עד תאריך \_\_\_\_\_

(יש לציין תאריכים מדויקים, ולציין באם ממשיך לעבוד)

במחלקה/יחידה \_\_\_\_\_

לדעתי, לפי ידיעותיו/ה המקצועיות, מיומנותיו/ה, התנהגותו/ה, הינו/ה ראוי/ה לקבל רישיון

קבוע/תעודה קבועה לעסוק ב- \_\_\_\_\_ במדינת ישראל.

**בכבוד רב,**

שם האחראי (באותיות קריאות) \_\_\_\_\_ חתימה וחותמת: \_\_\_\_\_

תואר התפקיד: \_\_\_\_\_

מס' רישיון ותעודה לעסוק ב: \_\_\_\_\_

מס' תעודה מומחה: \_\_\_\_\_

מס' תעודת זהות: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_