



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 \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_

טל' בית \_\_\_\_\_ טל' בעבודה \_\_\_\_\_ טל' נייד \_\_\_\_\_

כתובת דוא"ל: \_\_\_\_\_ תואר אקדמי \_\_\_\_\_ משנת \_\_\_\_\_

מאוניברסיטה \_\_\_\_\_ תאריך אישור זכאות סיום חובות 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 הפסיכודיאגנוסטיקה: כן / לא

נכשל בתחום הפסיכותרפיה: 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



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. <b>לאחר תאריך זה, לא תתקבלנה בקשות לגשת לבחינה במועד קיץ</b>	<b>קיץ</b> 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. <b>לאחר תאריך זה, לא תתקבלנה בקשות לגשת לבחינה במועד חורף</b>	<b>חורף</b> 1 בנובמבר עד 30 בנובמבר
<b>אם עברו למעלה מ-5 שנים מיום סיום ההתמחות בפועל יש לפנות בכתב לועדה המקצועית טרם הגשת הבקשה לגשת לבחינה</b>		<b>באחריות הנבחן לוודא שהטפסים התקבלו במשרד מועצת הפסיכולוגים עד לתאריך הנדרש</b>	<b>הערות</b>

**הנחיות להגשת הבקשה:**

- נא לשלוח את הטופס והמסמכים הנלווים 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.

יש לוודא שכל מדריכך יעבירו לועדה את חוות דעתם עד למועד הגשת בקשה זו.

חתימת המבקש: \_\_\_\_\_

**לשימוש הועדה המקצועית**

זכאות לגשת לבחינה: זכאי / פטור / אחר \_\_\_\_\_

שם הבודק: \_\_\_\_\_ תאריך בדיקה: \_\_\_\_\_

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