



מינהל הסיעוד

Nursing Division

משרד הבריאות

לחיים בריאים יותר

טופס בקשה להעתק אישור על ציון בבחינת רישוי ממשלתית

הנני מבקש/ת לקבל העתק אישור על ציון בחינת רישוי, בהתאם לפרטים הבאים.

שם פרטי * _____ שם משפחה * _____

מספר תעודת זהות *

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

מספר רישום בפנקס האחיות (מספר רישיון)

--	--	--	--	--	--

נבחנתי בבחינה המסומנת ואני מבקש עליה ציון * :

אח/ות מעשית/ת

אח/ות מוסמכת/ת

השתלמות מוכרת (על בסיסי) בתחום _____

פרטי התקשרות:

רחוב * _____ מספר * _____ כניסה / מס' דירה _____

ישוב * _____ מיקוד _____

מייל * _____ @ _____

מספר טלפון (קווין) _____ נייד * _____

חתימת המבקש/ת _____ תאריך _____

יש לסרוק/ לצלם את הטופס החתום ולהעביר למייל siud.test@moh.health.gov.il

*שדה חובה