

שאלון לעובדים מקצועיים בתחום הבריאות :

טופס זה משמש להגשת בקשה לרשיון/תעודת הכרה במעמד במקצועות רפואיים ולעדכון פרטי הפונה. המבקשים לגשת לבחינות רישוי ממשלתיות מתבקשים למלא ולצרף גם את טופס הבקשה להרשמה לבחינה המתאימה.



מלא/י את הטופס בשני עותקים.

1. פרטים אישיים

מקצוע.....
ת.ז (9 ספרות) | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | שם משפחה.....
שם פרטי..... שם האב.....
שם משפחה באותיות לטיניות.....
שם פרטי באותיות לטיניות.....
אזרחות נוכחית 1.....
2.....
מס' דרכון (אם אין ת.ז.):.....

2. פרטים נוספים

כתובת: ישוב..... רחוב..... מס' בית.....
כניסה..... מס' דירה..... מיקוד.....
מס' טלפון בבית..... מס' טלפון בעבודה.....
מס' פקס. בבית..... מס' פקס. בעבודה.....
מספר טלפון נייד.....
שם משפחה קודם..... שם פרטי קודם.....
אזרחות קודמת 1..... 2..... לאום.....
אם את/ה עולה חדש/ה מלא/י את: מס' תעודת עולה | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ | _ |
ארץ העלייה..... תאריך העלייה.....
מין: ז / נ מצב משפחתי: רווק / ה נשוי / אה אלמן / ה גרוש / ה מספר הילדים.....
תאריך הלידה..... /..... /..... ארץ הלידה.....
האם שירתת שירות מלא בצה"ל? כן / לא
מתאריך..... עד.....

4. תעודות ומסמכים :

נא לצרף לשאלון זה תעודות מקוריות או צילומים של התעודות המקוריות שאומתו על ידי פקידת הרישוי בלשכת הבריאות או ע"י נוטריון מורשה בישראל. אם התעודות המקוריות אינן כתובות בעברית או ערבית יש לתרגם אותן לעברית ע"י מתרגם מוסמך בישראל.

שם : מס' ת.ז. :

טופס ריכוז מסמכים :

את רשימת המסמכים שיש לצרף לבקשה בכל מקצוע ומקצוע ניתן למצוא באתר האינטרנט של האגף לרישוי מקצועות רפואיים בכתובת : <http://www.health.gov.il/professions>

נא לסמן ב- X את המסמכים המצורפים לבקשה זו:

- 2 תמונות פספורט.
- 2 צילומים של תעודת זהות כולל ספח הכתובת ו/או צילום דרכון עם אישור שהיה בארץ בר תוקף.
- דיפלומה סופית מאוניברסיטה מוכרת או אישור מהאוניברסיטה על סיום הלימודים, השלמת כל המחויבויות לאוניברסיטה וזכאות לדיפלומה במקצוע הנדון, שתוענק במועד מסוים.
- אישור רשמי על תאריך התחלה וסיום של הלימודים.
- תעודת בגרות.
- אישור רשמי על סיום סטאז' בהצלחה או לחילופין, לבוגרי חו"ל – אישור רשמי על עבודה במקצוע שנה לפחות.
- תצהיר על לימודים פרונטאליים (לרוקחים בלבד).
- רשיון עבודה מחו"ל.
- אישורי עבודה רשמיים מהמוסדות הרפואיים המתאימים (במקרים הרלבנטיים – פנקס עבודה).
- תעודת יושר מקצועית מהגורמים המוסמכים לכך במדינה ממנה עלה המבקש ארצה.
- שאלון לעובדים מקצועיים בתחום הבריאות ב – 2 עותקים (טופס רישום).
- טופס בקשה להבחן.
- תעודת מומחה מחו"ל (לרופאים בלבד).
- דיפלומה של תואר ראשון.
- דיפלומה של תואר שני .
- דיפלומה של תואר שלישי.
- היתר זמני/תעודת הכרה במעמד זמנית.
- טופס המלצה לקבלת רשיון קבוע או תעודת הכרה במעמד קבועה.
- נספחים לעולה הזכאי להסתכלות.
- תעודת נישואין/תעודה על שינוי שם.
- אחר : פרט :

להזכירכם :

תיקים שלא צורפו אליהם כל המסמכים הנדרשים, לא ייבדקו ע"י האגף לרישוי מקצועות רפואיים. במידה ולא ניתן לצרף מסמך כלשהו, יש לצרף על כך מכתב הסבר.

5. **הצהרה :**

אני החתום מטה _____ מס' ת.ז. _____
מסכים ומצהיר כדלקמן :

א. הסכמות למסירת מידע :

- * נותן/ת בזאת הסכמת, כי רשויות הסמכה בארץ ובחו"ל ימסרו לכם מידע לצורך הטיפול בבקשתי זו.
- * מסכים/ה בזאת, כי משטרת ישראל תעביר לגורם המוסמך במשרד הבריאות/ האגף לרישוי מקצועות רפואיים, מידע פלילי אודותיי לצורך הקבוע בחוק המרשם הפלילי ותקנות השבים, התשמ"א-1981 בהיקף שהוא זכאי לקבלו ע"פ החוק. ידוע לי, כי הסכמתי כאמור לעיל פוטרת את המשטרה ואת מקבל המידע ממשלוח הודעה אלי בדבר מסירת המידע אודותיי.

- ב. הצהרה בדבר מחלה מסכנת :** (סמן X במקום המתאים).
הריני מצהיר/ה בזה כי אינני סובל/ת ולא סבלתי מעולם ממחלת נפש

כן לא כן

הריני מצהיר/ה בזה, כי אינני סובל/ת ולא סבלתי מעולם ממחלה העלולה לסכן את בריאות הציבור שבטיפול או ממחלה או מכושר לקוי העלולים לשלול ממני את היכולת לעסוק במקצועי הבריאותי לחלוטין, זמנית או חלקית.

כן לא כן

- ג. הצהרה בדבר רישיון לעסוק ברפואה :** (סמן X במקום המתאים).

הריני מצהיר בזה, כי רישיוני לא נשלל או הותלה מעולם בארץ או בארץ אחרת.

כן לא כן

ד. הצהרה בדבר עבירות : (סמן X במקום המתאים).

הנני מצהיר כי לא נפתח נגדי הליך פלילי בחו"ל, כי לא הורשעתי אי פעם במשפט פלילי בחו"ל וכי לא נפתח נגדי הליך משמעותי בארץ או בחו"ל.

לא נכון נכון

אם השבת "לא נכון" לאחת מהשאלות ב - ד לעיל, נא פרטי :

ה. הצהרה על נכונות הפרטים :

אני מצהיר/ה בזאת שכל הפרטים שמסרתי נכונים ושידוע לי כי אם יתברר שאינם נכונים, אני צפוי/ה לעונש בהתאם לחוק הישראלי.

תאריך : _____ חתימה : _____

לשימוש לשכת הבריאות בלבד

המבקש הינו בעל ת.ז. מס' או דרכון מס'

שם המבקש כפי שרשום בת"ז
מעמדו של המבקש בישראל: אזרח או תושב קבע/ תושב ארעי מסוג א' 1/ תושב ארעי מסוג א' 5/
תייר מסוג ב' 1 .

המסמכים והתעודות המצורפים כמפורט בטופס ריכוז המסמכים נבדקו ואושרו על ידי :

חותמת וחתימת פקידת הרישוי בלשכת הבריאות