

החברה הפסיכואנליטית בצפון

מרכז הלימודים

טופס הרשמה לתוכנית ללימודים מתקדמים בצפון

תאריך _____

פרטים אישיים

שם משפחה _____ שם פרטי _____

שם משפחה קודם _____

ת.ז. _____ כתובת _____ מיקוד _____

טלפון _____ פקס _____

כתובת א-מייל _____

תואר _____ במקצוע _____

גיל _____ תאריך לידה _____ ארץ לידה _____

תאריך עליה לארץ _____

מצב משפחתי _____

ילדים (מספר, מין וגיל) _____

פרטים על השכלה פורמלית, הסמכה ודרישות נוספות

תואר	שם מוסד הלימודים	תחילת וסיום הלימודים (חודש ושנה)	תאריך קבלת התואר

א. לפסיכיאטרים

תאריך התחלת התמחות _____ סיום שלב ב' _____

קבלת תואר מומחה _____

ב. לפסיכולוגים

תאריך סיום התמחות _____

פרטים על ההדרכות ב- 7 השנים האחרונות (פרטניות וקבוצתיות, במקומות העבודה והקליניקה הפרטית)

שם המדריך *	מסגרת	סוג: אישית/קבוצתית	תדירות	תאריכי התחלה וסיום (חודש ושנה)

* נא לצרף רשימה של כל המדריכים, כולל כתובת, מס' טלפון וכתובת דוא"ל עדכניים.

פרטים על העבודה הטיפולית

מספר השעות הטיפוליות השבועיות שאת/ה מטפלת/ת

כמה מתוכן הן שעות טיפול

במבוגרים? _____

כמה מתוכן הן שעות טיפול

בילדים? _____

האם יש לך ניסיון בטיפולים אינטנסיביים שנערכים פעמיים בשבוע או

יותר? _____

פרטים על השתלמויות מקצועיות רלבנטיות (בבית-ספר לפסיכותרפיה, במסגרת עבודה ובמסגרות אחרות)

שם המנחה	נושא	מסגרת	תאריכי התחלה וסיום (חודש ושנה)

פרטים על טיפולים שעברת

תדירות	סוג הטיפול	תאריכי התחלה וסיום (חודש ושנה)

הערות

רשות לפניה למדריכים

אני מרשה לוועדת הקבלה של התוכנית לפנות למדריכים שאת שמותיהם מסרתי לעיל, לצורך קבלת חוות דעת, לפי שיקוליה.

חתימה _____