

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 _____

ג. לעובדים סוציאליים

תאריך סיום תואר שני במגמה קלינית _____

ד. למטפלים באמנות

תאריך סיום הלימודים _____ בתחום _____

**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)

**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.
ועדת הקבלה תפנה לחלק מהמדריכים עפ"י שיקול דעתה, כדי לקבל חו"ד.

פרטים על העבודה הטיפולית

מספר השעות הטיפוליות השבועיות שאת/ה מטפלת/ת _____

כמה מתוכן הן שעות טיפול במבוגרים? _____

כמה מתוכן הן שעות טיפול בילדים? _____

כמה מהטיפולים שלך הינם טיפולים אינטנסיביים שנערכים פעמיים בשבוע או יותר? _____

הערות

אישור פניה למדריכים

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

_____ **חתימה**