

תאריך.....
מ.מ.כ. 22334

בקשה לאישור מומחיות מחו"ל

הערות למילוי טופס בקשה לאישור מומחיות מחו"ל
הטופס ימולא באמצעות הדפסה במכונת כתיבה בכל סעיפיו, בקפידה וללא מחיקות.
לטופס יצורפו האישורים המקוריים הנדרשים בצירוף תרגום עם אישור נוטריון מוסמך. האישורים ייבדקו על ידי מזכירת המועצה המדעית והאישורים המקוריים יוחזרו למגיש הבקשה לאחר בדיקתם.

**לתשומת לב ממלא הבקשה : אין במכתב זה כדי
לאשר, ולו גם בעקיפין, שהפונה עומד
בקריטריונים כלשהם לקבלת תואר מומחה או
לזכאות לעמידה בבחינות, ובבדיקה הנערכת
בעניינו ובמסמכים והפרטים המבוקשים אין כדי
להוות אישור לזכאות כלשהי, גם אם יומצאו
המסמכים והפרטים המבוקשים.**

הבקשה מוגשת לוועדה מקצועית ל.....
להכרה בהתמחות שביצעת

תאריך פתיחת התיק:

א. פרטים מזהים

1. שם משפחה: שם פרטי: תואר:
2. כתובת מגורים:
3. מס' טלפון: מס' טלפון נייד:
4. כתובת המייל שלך:
5. מקום לידה: תאריך לידה:

6. אזרחות:
7. מספר תעודת זהות:
8. מספר דרכון:
9. מוסד / מקום העבודה: כתובת מקום העבודה:
10. חבר בהר"ש: כן / לא
11. תאריך סיום לימודי רפואת שיניים:
12. שם האוניברסיטה בה סיימת את לימודי רפואת שיניים:
13. שם העיר והמדינה בה סיימת את לימודי רפואת שיניים:
14. מספר הרישיון מטעם משרד הבריאות הישראלי לעסוק ברפואת שיניים בישראל:
15. תאריך הוצאת רישיון לעסוק ברפואת שיניים בישראל:
- מספר הרישיון במדינה בה התמחית:
- מקום ההוצאה של הרישיון:
- המדינה בה סיימת לימודיך:

ג. לימודי התמחות

לתשומת לב הפונה:

א. בהתאם לנהלי המועצה המדעית, הועדה המקצועית תתחשב רק בתואר מומחה שניתן ע"י גורם ממלכתי מוסמך במדינה אשר יש בה הסדר רשמי למומחיות ברפואת שיניים, אשר כולל גם באופן ספציפי את תחום המומחיות בו התמחה המבקש, וכאשר יש באותה מדינה הסדר קבוע ופיקוח מוסדי על מסלולי ההתמחות ועל מתן התארים לפי נהלים רשמיים, שהוצגו בפני הועדה המקצועית להנחת דעתה.

ב. על המבקש להציג תעודה רשמית מקורית (או העתק נוטריוני מאומת) של תואר מומחה שהוענקה על ידי גורם ממלכתי מוסמך במדינה בה ביצע את התמחותו.

ג. ההתמחות צריכה להתבצע רק במוסדות רפואיים, אשר עברו אישור מוקדם (אקרדיטציה) לצרכי התמחות באותו תחום מטעם הגוף הממלכתי המסדיר את ההתמחות באותה מדינה בהתאם לקריטריונים סבירים, ידועים וברורים, ואשר יהיו כפופים לבקרה ופיקוח שוטפים של אותו גוף ממלכתי לכל אורך ההתמחות עפ"י נהלים רשמיים.

1. תחום ההתמחות:
2. תאריך סיום לימודי ההתמחות:
נא לציין צילום דיפלומה, או אישור על סיום ההתמחות.
3. האם תואר ההתמחות במדינה בה ניתן התואר ניתן ע"י גורם ממלכתי? אם כן, מיהו, ונא צרף אסמכתאות רשמיות.
4. האם יש במדינה בה ניתן התואר הסדר קבוע ופיקוח מוסדי על מסלולי ההתמחות ועל מתן התארים לפי נהלים רשמיים? אם כן, נא תן פרטים והצג אסמכתאות להסדר ולנהלים הנוהגים באותה מדינה בנושא זה.
5. האם יש במדינה בה ניתן התואר הסדר של אישור מוקדם (אקרדיטציה) מטעם גורם ממלכתי למוסדות הרפואיים בהם מתבצעת ההתמחות ופיקוח ממלכתי על פעילותם? אם כן, נא תן פרטים והצג אסמכתאות להסדר ולנהלים הנוהגים באותה מדינה בנושא זה.
6. שם האוניברסיטה בה סיימת את התמחותך:
7. שם העיר והמדינה בה סיימת את התמחותך:
8. מספר תעודת מומחה / רישיון מטעם משרד הבריאות של המדינה בה סיימת את התמחותך.....
נא לציין צילום של הרישיון.
9. תאריך ומקום הוצאת תעודת המומחה במדינה בה סיימת את התמחותך:
10. תאריך תחילת ההתמחות: תאריך סיום ההתמחות:
מספר חודשי ההתמחות:
נא לציין אישור מטעם מוסד ההתמחות.
11. נא לצרף תוכנית לימודים מפורטת של מסלול ההתמחות (סילבוס ההתמחות). יש ללוות את כל המסמכים באישורים מתאימים, חתומים כחוק מטעם מוסד ההתמחות, בצירוף תרגום לעברית או אנגלית, מאושרים על ידי נוטריון מוסמך.
בהצגת התוכנית יש לכלול את הפרטים הבאים:
 - נושאי הלימוד העיוניים, בצירוף מספר השעות המוקדש לכל נושא.
 - נושאי הלימוד הקליניים, עם פירוט מלא של פרוצדורות ו/או דרישות קליניות לפי מקרים, כנדרש במוסד התמחותך.
 - מספר השעות אותן השקעת במשך השבוע במהלך ההתמחות.
 - רשימת ספרות מקצועית חובה במסלול התמחותך.
 - גיליון ציונים לכל תקופת לימודי ההתמחות מהמוסד בו ביצעת את התמחותך.
 - רשימת מדריכים ומרצים בתחומים השונים הוותק של כל אחד מהם ותוארו האקדמי של כל אחד מהם (לדוגמה : מרצה בכיר).
 - האם ביצעת רוטציות? אם כן, באיזו מחלקה, כמה זמן ובאיזה אחוז משרה?

על המקסימלית הכרה הכירורגית בה ולסתות יע צרף:

- צילום דו"חות ניתוחים בהם השתתפת ופירוט התפקיד שביצעת בניתוח.
- הצתק תצורת סיום קורס החי"אה מתקדם – ATLS.
- צבירת מדעי יסוד, חתומה בכתב יד וחותמת ע"י מנהל הצבירה.

- אט הינך בעל תואר/תאריט נוספים כמו : PhD ,MSc ,MD וכו' יש להמציא אישור על כך.
- יש להציג מסמך חתום המאשר כמה תוכניות צעית בחודש.
- יש להמציא פרוט מאושר וחתום לגבי פעילותך המרפאתית (כולל סוג הפעולות הכירורגיות שביצעת ומספרן).
- יש להמציא פרוט מאושר וחתום לגבי Journal Club ולגבי סמינרים מחקרתיים שמתקיימים ושהצעת.
- יש להגיש פרוט מאושר וחתום לגבי ישיבות רנטגן, פתולוגיה, אורתוכירורגיה, ישיבות טרום-ניתוחיות ואחרות.

על המקסימלית הכרה באורתודונטיה יש לצרף :

- פרוט מאושר וחתום של : מספר המטופלים, חלוקה על פי סוגי המלאוקלזיות, סוגי הטיפולים והמכשור, פעילות חדשים, טרנספרים, רטנציות.

על המקסימלית הכרה ברפואת שיניים ילידים יש לצרף :

- פרוט מאושר וחתום: בכמה ילדים טיפול תחת הרדמה כללית, בכמה ילדים טיפול תחת סדציה, בכמה ילדים בעלי צרכים מיוחדים טיפול.

ג. קורות חיים

יש לצרף קורות חיים מפורטים.

ד. הערות

.....

.....

.....

ה. שמות ממליצים

1. שם הממליץ:
- כתובת הממליץ:
- מס' טלפון:
- כתובת מייל:
2. שם הממליץ:
- כתובת הממליץ:
- מס' טלפון:
- כתובת מייל:
3. שם הממליץ:
- כתובת הממליץ:
- מס' טלפון:
- כתובת מייל:

יש לצרף את מכתבי ההמלצה של הממליצים.

ו. יש לצרף למסמכים הנשלחים למשרדי המועצה המדעית 2 תמונות פספורט.

ז. יש לצרף למסמכים הנשלחים למשרדי המועצה המדעית תשלום בסך 800 ₪ - אם המבקש הינו חבר ההסתדרות לרפואת שיניים, או תשלום בסך 2,400 ₪ אם המבקש אינו חבר בהסתדרות לרפואת שיניים.

ח. לשימוש משרדי

1. התיק נבדק ויש בו כל המסמכים הנדרשים: כן / לא.
2. המסמכים החסרים:
3. הפקדה על חשבון הוצאות לפתיחת התיק בסך שולמה לפי קבלה מס'
4. תאריך העברת התיק לדיון בוועדה:

ט. דיון בוועדה מקצועית

1. התיק נבדק בתאריך:
 2. דרושים המסמכים הבאים/ דרושה התייעצות עם:
 3. החלטת הוועדה:
 4. חתימת יו"ר הוועדה:
 5. חתימת יו"ר המועצה המדעית:
- הודעה מתאימה נשלחה למגיש הבקשה בתאריך: