

המועצה המדעית של ההסתדרות לרפואת שיניים בישראל

בקשה לאישור תכנית הרוטציה במדעי יסוד

א. פרטים אישיים

שם המתמחה

כתובת.....

מס' טלפון.....

המוסד בו סיים לימודי רפואת שיניים התואר.....

תאריך קבלת התואר.....

תאריך קבלת רשיון ישראלי לעיסוק ברפואת שיניים.....

מס' הרשיון.....

תאריך הוצאת פנקס מתמחה..... מס' הפנקס.....

תחום ההתמחות העיקרית.....

מקום ההתמחות (מחלקה).....

ב. בקשת המתמחה

אני החתום מטה מבקש בזאת לאשר לי את תכנית הרוטציה במדעי יסוד המפורטת להלן.

אני מצהיר בזאת, כי קראתי והבנתי את תקנון הרוטציה במדעי יסוד של המועצה המדעית של הר"ש.

.....

חתימת המתמחה

ג. מידע לראש המחלקה

ה"תקנות בדבר אישור תואר מומחה ובחינות" המתייחסות לרופאי שיניים הן נפרדות מה"תקנות" המתייחסות למתמחים ברפואה. התקנות דומות אמנם אך קיימים מספר הבדלים.
כדי להבהיר ולפרש את ה"תקנות" בענין מדעי היסוד הוסיפה המועצה המדעית של הר"ש תקנון לרוטציה במדעי יסוד (הרצ"ב). הינך מתבקש למלא הצעה זו לתכנית הרוטציה במדעי היסוד ולחתום עליה. עם תום תקופת הרוטציה - תתבקש למלא את הטופס "דו"ח על סיום הרוטציה במדעי יסוד" הרצ"ב ולהחזירו למועצה המדעית של ההסתדרות לרפואת שיניים ולצרף אליו דו"ח מחקר של המתמחה, שערך המתמחה בהתאם לקריטריונים מדעיים מקובלים, המפרט וסוקר את הפעילות המחקרית של אותו מתמחה במסגרת שאושרה לו.

- 1. המחלקה.....
- 2. המוסד.....
- 3. ראש המחלקה.....

ד. תכנית הרוטציה

א. באילו פעילויות של המחלקה ישתתף המתמחה ?

.....
.....
.....
.....

/3..

ב. מה יהיו תפקידיי של המתמחה בתקופת הרוטציה ?

.....

.....

.....

.....

ג. האם יעסוק המתמחה במחקר בתקופת הרוטציה? אם כן, נא לפרט את נושא המחקר

.....

.....

.....

.....

ד. תקנון הרוטציה במדעי יסוד לרופאי שיניים מאפשר לבצע הרוטציה בהיקף של תעסוקה מלאה במשך תקופה בת 6 חודשים או בתעסוקה חלקית במשך תקופה ארוכה יותר, כך שהיקף התעסוקה ותקופת הרוטציה יסתכמו בתקופה המקבילה ל - 6 חודשים בתעסוקה מלאה. (למשל שלושה ימים בשבוע במשך 12 חודשים או יומיים בשבוע במשך 18 חודשים).

תקופת הרוטציה חייבת עם זאת להיות רציפה.

ההחלטה לגבי היקף התעסוקה אשר בו ההתמחות במחלקתך תניח את דעתך, ואשר ממנה יפיק המתמחה את התועלת המירבית, נתונה בידיך.

4/..

מה היקף התעסוקה השבועית ומשך תקופת הרוטציה המוצעים על ידיך ?

..... היקף התעסוקה השבועי :

..... משך תקופת הרוטציה :

ה. הנני מסכים לקבל את המתמחה.....

למחלקתי לרוטציה במדעי-יסוד על פי התכנית המוצעת לעיל.

הנני מסכים לדווח למועצה המדעית של ההסתדרות לרפואת שיניים עם תום תקופת הרוטציה על פעילותו של המתמחה במחלקתי בתקופת הרוטציה, וכן לדווח למועצה המדעית במשך תקופת הרוטציה על אי-הופעת המתמחה בקביעות כפי שדורשת מחלקתי.

..... חתימת מנהל **מחלקת האם** של המתמחה :

..... חתימת **המנחה בעבודת מדעי היסוד** :