ההסתדרות
לרפואת שיניים
בישראל ISRAEL
DENTAL ASSOCIATION

המועצה המדעית של ההסתדרות לרפואת שיניים בישראל

תאריך.....

מ.מ.כ. 23891

בקשה לאישור תואר מומחה מחו"ל

הערות למילוי טופס בקשה לאישור תואר מומחה מחו"ל
הטופס ימולא באמצעות הדפסה במכונת כתיבה **בכל סעיפיו,** בקפידה וללא מחיקות.
אם לא נאמר אחרת גוף הטופס, יש לצרף לטופס המסמכים המקוריים הנדרשים בצירוף תרגום לעברית.
נאמנות התרגום לשפת המקור תאומת ע"י נוטריון ישראלי כחוק.
במקרה שבטופס נדרש רק צילום המסמך המקורי, יש לצרף אימות של נאמנות הצילום למקור ע"י נוטריון ישראלי.
מסמכים מקוריים יוחזרו למגיש הבקשה לאחר בדיקתם במזכירות המועצה המדעית.

לתשומת לב ממלא הבקשה : *אין בבקשה זו או בקבלתה במזכירות המועצה המדעית זה או בתשלום דמי טיפול בגין בדיקת הבקשה כדי לאשר, ולו גם בעקיפין, שהפונה עומד בקריטריונים כלשהם לקבלת תואר מומחה או לזכאות לעמידה בבחינות, ובבדיקה הנערכת בעניינו ובמסמכים והפרטים המבוקשים, כמו גם בכל התכתבות שתהיה, ככל שתהיה, עם מוסד ממוסדות המועצה המדעית בנוגע לבדיקת בקשה זו, אין כדי להוות אישור לזכאות כלשהי, גם אם יומצאו המסמכים והפרטים המבוקשים. התשלום בגין בדיקת הבקשה לא יוחזר גם את הבקשה לא תתקבל.*

הבקשה מוגשת לוועדה מקצועית

ל.....להכרה בתואר מומחה במקצוע

שקיבלתי במדינת

תאריך פתיחת התיק:
.....

א. <u>פרטים מזהים</u>

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: .....

נא לצרף צילום תעודת זהות.

8. מספר דרכון: .....
9. מוסד / מקום העבודה: .....
10. כתובת מקום העבודה: .....

.....

11. חבר בהר"ש: כן / לא
12. תאריך סיום לימודי רפואת שיניים: .....

נא לצרף צילום דיפלומה.

13. שם האוניברסיטה בה סיימת את לימודי רפואת שיניים: .....
14. שם העיר והמדינה בה סיימת את לימודי רפואת שיניים: .....
15. מספר הרישיון מטעם משרד הבריאות הישראלי לעסוק ברפואת שיניים בישראל.....

.....

נא לצרף צילום של הרישיון. במקרה של היתר זמני, יש לצרף את כל ההיתרים הזמניים וכן הסבר הנתמך באסמכתאות, מדוע טרם הוצא רישיון קבוע.

תאריך הוצאת רישיון לעסוק ברפואת שיניים בישראל: .....

16. מספר הרישיון במדינה בה התמחית: .....

מקום ההוצאה של הרישיון: .....

המדינה בה סיימת לימודיך: .....

נא לצרף צילום של הרישיון.

ב. **<u>לימודי התמחות</u>**

<u>לתשומת לב הפונה:</u>

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 לצרף גיליון ציונים, 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 רשמי לקבלת תואר מומחה או שימוש בתואר מומחה ברפואת שיניים, שכולל באופן ספציפי גם את תחום המומחיות בו המתמחית? נא לצרף אסמכתאות ופרטים.

5. 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.

6. 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, וכן לקריטריונים לאקרדיטציה כזו.

7. שם האוניברסיטה / המוסד בהם ביצעת / סיימת את התמחותך:
.....
8. שם העיר והמדינה בה ביצעת / סיימת את התמחותך:
.....
9. מספר תעודת מומחה / רישיון מטעם משרד הבריאות או גורם ממלכתי אחר של המדינה בה ביצעת / סיימת את
התמחותך.....
...
10. מי הגורם שהנפיק את התעודה / הרישיון?_____
נא לצרף צילום של הרישיון.
11. תאריך ומקום הוצאת תעודת המומחה במדינה בה ביצעת / סיימת את התמחותך:
.....
12. האם במועד כלשהו נשללה ממך תעודת המומחה / תואר המומחה / רישיון המומחה או הושעה תוקפה, ואם כן, נא צרף פרטים ואסמכתאות.
13. האם התחלת לבצע מסלול התמחות או בצעת מסלול כזה בעבר בתחום מומחיות כלשהי ברפואת שיניים במדינת ישראל (גם אם לא סיימת)? ו/או במדינה אחרת (מלבד המדינה לגביה מוגשת הבקשה)? אם כן, נא צרף פרטים ואסמכתאות.
.....
...

14. תאריך תחילת ההתמחות בחו"ל: ..... תאריך סיום ההתמחות:
.....
מספר חודשי ההתמחות: .....
נא לצרף אישור מטעם מוסד ההתמחות.

15. האם ההתמחות נעשתה ברציפות? כן / לא; במקרה שהתשובה הינה חיובית, יש להמציא אסמכתא על כך מהמוסד נותן תואר המומחה. במקרה שהתשובה היא שלילית או אם היתה במועד כלשהו במהלך ההתמחות הפסקת רציפות של יותר משבוע, עליך להמציא פרטים ואסמכתאות על כך, וכן הסבר לסיבה להפסקת הרציפות.
16. 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 / היקף שעות שבועי?

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

<u>על המבקשים הכרה בכירורגיית פה ולסתות יש לצרף:</u>

- גילום דו"חות ניתוחים בהם השתתפת ופירוט התפקיד שמילאת בניתוח.
- העתק תעודת סיום קורס החייאה מתקדם – ATLS.
- עבודת מדעי יסוד, חתומה בכתב יד ובחותמת ע"י מנחה העבודה.
- אם הינך בעל תואר/תארים נוספים כמו : PhD ,MSc ,MD וכו' יש להמציא אישור על כך.
- יש להציג מסמך חתום המאשר כמה תורנויות עשית 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 מחלקתיים שמתקיימים ושהגשת.
- יש להגיש פרוט מאושר וחתום לגבי ישבות רנטגן, פתולוגיה, אורתוכירורגיה , ישיבות טרום-ניתוחיות ואחרות.

<u>על המבקשים הכרה באורתודונטיה יש לצרף :</u>

- פירוט מאושר וחתום של : מספר המטופלים, חלוקה על פי סוגי המלאוקלוזיות, סוגי הטיפולים והמכשור, פעילים חדשים, טרנספרים, רטנציות.

<u>על המבקשים הכרה ברפואת שיניים לילדים יש לצרף :</u>

- פירוט מאושר וחתום: בכמה ילדים טיפלת תחת הרדמה כללית, בכמה ילדים טיפלת תחת סדציה, בכמה ילדים בעלי צרכים מיוחדים טיפלת.

ג. **<u>קורות חיים</u>**

יש לצרף קורות חיים מפורטים.

ד. <u>הערות</u>

.....
.....

.....
.....

.....
.....

ה. <u>שמות ממליצים</u>

1. <u>שם הממליץ</u>: .....
תוארו / תפקידו_____הקשר שלו למבקש:_____
כתובת הממליץ:
.....
מס' טלפון: ..... כתובת מייל:
.....
2. <u>שם הממליץ</u>: .....
תוארו/תפקידו:_____הקשר שלו
למבקש:_____
כתובת הממליץ:
.....
מס' טלפון: ..... כתובת מייל:
.....
3. <u>שם הממליץ</u>: .....
תוארו/תפקידו:_____הקשר שלו
למבקש:_____
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 1,120 ₪ - אם המבקש הינו חבר ההסתדרות לרפואת שיניים, או תשלום בסך 3,360₪ אם המבקש אינו חבר בהסתדרות לרפואת שיניים, וזאת בגין דמי טיפול ובדיקה של הבקשה. מובהר כי סכום זה לא יוחזר, ללא קשר לתוצאות הבקשה..

<u>אישור והצהרה</u>

הנני מצהיר ומאשר כי נימסר לי עותק של "נוהל בקשות לאישור תואר מומחה לבעלי תואר מומחה מחוץ לישראל" של המועצה המדעית, כי עיינתי היטב בנוהל זה, הבנתי את הוראותיו, וכי אפעל בהתאם להוראות הנוהל. הריני מאשר ומצהיר בזאת כי כל הפרטים שנתתי בטופס זה וכל המסמכים שהגשתי ואגיש למועצה המדעית במסגרת בקשה זו או בדיקתה הינם נכונים ומלאים ונאמנים למקור. כמו כן הנני מאשר ומצהיר, לאחר עיון בנוהל

האמור, כי אין ולא ידועה לי כל מניעה לאישור תואר המומחה המבוקש על ידי, ואני עומד בכל דרישות החקיקה הרלבנטית והנוהל האמור לצורך אישור התואר. הניי מצהיר כי צירפתי לבקשה זו כל מסמך או חומר או מידע רלבנטי לצורך בקשתי ולצורך בדיקתה. הנני מתחייב כי אם יגיע לידי מידע או חומר רלבנטי נוסף לבקשה או לבדיקתה, שלא צורף אליה, אעביר אותו ללא דיחוי לידי מזכירות המועצה המדעית.

תאריך: _____

_____

חתימת המבקש

ח. <u>לשימוש משרדי</u>

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. <u>דיון בוועדה מקצועית</u>

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:
.....