**טופס הרשמה ללימודי פסיכותרפיה בגישה פסיכואנליטית - שנה"ל תשפ"ו - 2025/2026**

**אנו שמחים על פנייתך להירשם כמועמד/ת ומאחלים לך הצלחה!**

- יש למלא הטופס **בהקלדה** –

שם פרטי:       שם משפחה:

תאריך לידה:       ת.ז.:

כתובת מגורים:

דוא"ל:

נייד:       טלפון חליפי:



**השכלה** – אנא צרף/י צילומי תעודות:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| שם המוסד | תואר (ראשון, שני, שלישי, MD, אחר) | תאריך קבלת התואר | הערות |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |
|       |       |       |       |

**השכלה נוספת:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| שם המוסד | סוג ההשתלמות | תאריך סיום  |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |
|       |       |       |

**מקומות עבודה**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| שם הארגון | תפקיד | תאריכים (מ-עד) | היקף משרה |
|       |       |       -       |       |
|       |       |       -       |       |
|       |       |       -       |       |
|       |       |       -       |       |
|       |       |       -       |       |

**הדרכות** – נא פרט/י את שם המדריך, סוג ההדרכה (פרטני או קבוצתי) ומשכה:



יש להעביר חוות דעת של לפחות שני מדריכים פרטניים (עיין מטה).

**אנא מלאו לפי מקצועכם:**

**לעובדים סוציאליים:**

שם מקום העבודה (המוכר להתמחות פסיכולוגים קליניים) :

אחוז משרה (לפחות 50%) :

שנות העבודה במקום (המוכר להתמחות פסיכולוגיים קליניים) (לפחות שנתיים):       -

בתפקיד:

האם הטיפול במקום העבודה היה בגישה דינמית (אנא הדגיש/י): כן/לא

האם הניסיון שתואר לעיל הינו **לאחר** תואר שני, כנדרש (אנא הקף/י) : כן/לא

**לפסיכולוגים קליניים ופסיכיאטרים:**

האם הנך לפחות לאחר שנתיים התמחות (במשרה מלאה)?(אנא הקף/י): כן/לא

מה הם התפקידים שמילאת במקומות העבודה?

**לפסיכיאטרים:**

האם לימודי ההמשך כללו 4 סמסטרים של לימודי פסיכותרפיה ? כן/לא

**לכל המועמדים/ות :**

**אנא פרט/י לגבי השאלות הבאות:**

עם איזו אוכלוסיית מטופלים עבדת או הנך עובד/ת ? ( כולל התייחסות לילדים ונוער)

ציין/י את מספר הטיפולים הדינמיים שערכת בשנתיים האחרונות:

מה היה משכם הממוצע של הטיפולים?

בחר/י מושג פסיכואנליטי שמדבר אל לבך, נמק/י מדוע בחרת בו, מה תרומתו לעבודתך הקלינית ומה מגבלותיו בעיניך:

באילו סמינרים תיאורטיים השתתפת במהלך עבודתך הקלינית?

האם היית בטיפול או הנך כעת בטיפול פסיכותרפי? אנא פרט/י מתי ולמשך כמה זמן.

**שאלון אישי-ניתן למלא בקובץ נפרד**

1. תולדות חיים ( תאר/י בקצרה את מהלך חייך, תוך התייחסות למרכיבים שתרמו לבחירתך במקצוע טיפולי (עד שני עמודים).
2. תוכנית "אלומות" עניינה ידע, יצירה ומנהיגות. מהי משמעות מונחים אלו עבורך? כיצד הם נוכחים בחייך המקצועיים, או בשאיפותיך המקצועיות? וכיצד, להערכתך, השתלבותך בתוכנית תוכל לתרום למימוש ערכים אלו בשדה? (עד שני עמודים)

**חתימה:**

 **אנא צרף/י לטופס ההרשמה:**

1. כתובת המייל של ראש/ת הסקטור (פסיכולוגיה/עו"ס/רפואה) במוסד שבו את/ה עוב/ד ב-"כללית"; הכתובת תשמש לצורך פנייה לקבלת אישור על התאמתך לתוכנית:
2. אישורים:

**לפסיכולוגים ולפסיכיאטרים מומחים** **:** אישורי מומחיות

**למתמחים בפסיכולוגיה קלינית ובפסיכיאטריה** **:** אישורים על התמחות

**לעו"ס קליניים** (הניסיון הנדרש הינו לאחר התואר השני) : אישור על עבודה בתחום בריאות הנפש (לפחות שנתיים, לפחות ב-50% משרה)

להלן קישור למקומות ההתמחות בפסיכולוגיה קלינית, המוכרים ע"י משרד הבריאות: <https://tinyurl.com/vab4kcnh>

**העברת החומרים:**

למייל - ALUMOTadmin@clalit.org.il

**חוות דעת ממדריכים:**

יש לדאוג להעברת שתי חוות דעת של מדריכים פרטניים, רצוי גם מהתקופה הנוכחית.

יש להעביר לממליצים את טופס ההמלצה, ולבקשם להעביר את הטופס **ישירות** מהמייל של המדריך למייל ALUMOTadmin@clalit.org.il  ; יש להקפיד לציין עבור מי ההמלצה. באחריות המועמד/ת לוודא שההמלצות נשלחו ע"י מדריכיו/ה.

*ברצוננו להבהיר כי המידע שתבחר למסור לנו יישמר בסודיות מלאה וישמש להליכי הקבלה*

*ללימודים בלבד.*

***בהתאם להחלטת ועדת הקבלה ולאחר קבלת החומר המלא, יוזמנו מועמדים העונים לדרישות הקבלה, לשני ראיונות קבלה נפרדים.***

***ועדת הקבלה אינה מתחייבת לקבל או לזמן לראיונות את כל המועמדים העונים לדרישות הקבלה. מיון המועמדים ייערך לפי שיקול דעתה הבלעדי****.*

**בברכה ובהצלחה !**