



קיבוץ אושה דואר כפר המכבי 30031 טל. 050-773-1561 פקס. 04-844-4937
aapisrael@gmail.com www.iaapsytherapy.org

אישור על עבודה טיפולית במוסד לבוגר תוכנית ההכשרה

1. פרטים אישיים של הפונה:

שם (פרטי + משפחה) _____
כתובת _____
טלפון _____ נייד _____
פקס _____ דוא"ל _____

2. פרטי המוסד:

שם _____
כתובת _____
סמל מוסד _____
בפיקוח או חסות משרד הבריאות/הרווחה/ החינוך/ביטחון/רשות מקומית (סמן בעיגול)
מוכר על ידי איגוד הפסיכולוגים לצורכי התמחות- כן/לא
אוכלוסייה _____

3. פרטי העסקה במוסד:

תפקיד במוסד _____
מועסק/ת בין התאריכים _____

4. פרטי מנהל המוסד:

שם _____
כתובת _____
טלפון _____ נייד _____
פקס _____ דוא"ל _____

אני מצהיר/ה ש _____ מועסקת כמטפל/ת רגשי/ת הנעזר/ת בבע"ח במוסד שלנו.

חתימת מנהל/ת המוסד _____

חותמת מוסד _____