



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

אישור על שעות עבודה טיפולית במוסד

1. פרטים אישיים של הפונה:

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

2. פרטי המוסד:

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

3. פרטי העסקה במוסד (יש לפרט מס' שעות סך הכל – לא מס' שעות שבועיות):

תפקיד במוסד _____
הועסק בין התאריכים _____
סך שעות כלליות לא כולל טיפול ישיר (כולל שהות במקום, התייעצויות, שעות טיפול בחיות, ישיבות ועבודת צוות)

סך שעות טיפול ישיר (פרטני/קבוצתי/קו-תרפיה) _____

4. פרטי מנהל המוסד:

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

חתימת מנהל המוסד _____

חותמת מוסד _____