

תאריך _____

**בקשה להבחן
בבחינת הרישוי הממשלתית ברפואה ובבחינה לקראת סטאז' ברפואה**

לכבוד
מנהל האגף לרישוי מקצועות רפואיים
משרד הבריאות
רחוב ירמיהו 39, ת.ד. 1176, ירושלים 9101002

אני החתום/ה מטה:

שם משפחה _____ שם פרטי _____ מס' זהות _____
כתובת _____ מיקוד _____ מס' טלפון _____
תאריך לידה _____ תאריך עלייה _____
תאריך דיפלומה _____ ארץ לימודים _____

מבקש/ת להיבחן בהתאם לדרישות פקודת הרופאים (תיקון תשמ"ז – 1987).

() - בבחינת הרישוי בהתאם לתקנות הרופאים (בחינת רישוי התשמ"ח-1988).
() - בבחינה לקראת סטאז' בהתאם לתקנות הרופאים (בחינה לקראת סטאז' התשמ"ח-1988).

[] ברצוני להבחן במועד קיץ, שנת - _____
[] ברצוני להבחן במועד חורף, שנת - _____

לתשומת לב העולים החדשים: הבחינות תתקיימנה בעברית. אם הנך מעדיף/ה להבחן בשפה אחרת, פרטי/י לפי עדיפותך ובמידת האפשר ניענה לבקשתך:

1. _____
2. _____

הרישום לבחינה יהיה בתוקף רק לאחר אישור מנהל האגף למקצועות רפואיים במשרד הבריאות, כי הנך זכאי/ת לגשת לבחינה בהתאם לחוק. הודעה על מועד הבחינה, מיקומה ושאר תנאים תישלח אליך על-ידי ועדת הבחינות שליד המועצה המדעית וכן תפורסם ברשומות ובעיתון יומי אחד, כשלושים יום לפני מועד הבחינה. רופא/ה בוגר לימודי רפואה בחו"ל הפטור/ה מחובת בחינה בהתאם לתקנות הרופאים (תנאים למתן פטור מחובת בחינה), התשמ"ח-1988, תיקבל הודעה על פטור מהבחינה באמצעות לשכת הבריאות.

חתימה

נא למלא את הטופס ב- 2 העתקים

לשימוש משרד הבריאות

לכבוד

יו"ר ועדת הבחינה לקראת סטאז'/רישוי רופאים

החתום/ה לעיל _____ מס' רת/ _____ :

[] זכאי/ת לגשת לבחינה לשם:

[] חייב/ת ב- 6 חודשי הסתכלות
(בגין 14 שנות וותק)

[] רישוי לעסוק ברפואה

[] קבלת הרשאה לביצוע סטאז'

בכבוד רב,

מנהל האגף לרישוי מקצועות רפואיים

העתק: מחלקת התעסוקה, משרד הקליטה (לעולים חדשים בלבד)