



קיבוץ אושה דואר כפר המכבי 30031 טל. 04-845-8418 נייד 050-7731-561 פקס. 04-844-4937  
[aapisrael@gmail.com](mailto:aapisrael@gmail.com) [www.iaapsytherapy.org](http://www.iaapsytherapy.org)

## בקשת הצטרפות לאיגוד – מ.ר.ח.ב.\*

נא לצרף תמונה

שם משפחה: \_\_\_\_\_

שם פרטי: \_\_\_\_\_

מס' ת.ז.: \_\_\_\_\_ תאריך לידה: \_\_\_\_\_

טלפון: \_\_\_\_\_ טלפון נייד \_\_\_\_\_

כתובת דואר אלקטרוני: \_\_\_\_\_ (באותיות גדולות)

מיקוד

עיר

מס'

כתובת: רחוב

נא לצרף את המסמכים הבאים ולשלוח לכתובת:

**ועדת קבלה - איגוד מ.ר.ח.ב, קיבוץ אושה, דואר כפר המכבי 30031**

(אנא המנעו מלהוסיף מסמכים שלא צוינו והגשהגישי את המסמכים ברצף כרונולוגי).

1. תעודות אקדמיות (BA, B.Ed., MA, PhD) וגיליון קורסים שנלמדו.

2. תעודות ואישורים מקצועיים (תעודת הוראה, רישום פסיכולוג, עו"ס וכד').

3. תעודות סיום לימודים (או מכתב המאשר השתתפות בלימודים) בתכנית הכשרה בתחום של טיפול רגשי הנעזר בבעלי חיים וגיליון קורסים שנלמדו בתוכנית.

4. אישורים על השלמת ארבעת קורסי המבוא בפסיכולוגיה \* (רק למי שנדרש להשלמה).

5. אישורים של מנהלי מוסדות על סך שעות עבודה מעשית במוסדם.

6. אישורים של מדריכים על סך שעות הדרכה.

7. דמי רישום של 20 ₪.

\* פירוט הקריטריונים לקבלה מופיע באתר



שם המדריך והכשרתו המקצועית	מספר שעות הדרכה	
	קבוצתית	פרטנית

#### 4. חתימה ואישור

הנני מצהיר/ה בזאת שכל הפרטים והמסמכים שמסרתי מדוייקים ואמייתיים.

שם הפונה	חתימת הפונה	תאריך
----------	-------------	-------

-----

ועדת רישום ומעבר :

אושר כ- מועמד / חבר באיגוד בדרוג \_\_\_\_\_ ביום \_\_\_\_\_

ע"י: \_\_\_\_\_ חבר ועדת רישום תאריך קבלת דמי רישום \_\_\_\_\_

חבר ועדת רישום \_\_\_\_\_ תאריך קבלת דמי חברות \_\_\_\_\_

חבר ועדת רישום \_\_\_\_\_

חתימת ראש הועדה: \_\_\_\_\_