

Questionnaire for Professionals in the Healthcare System

This form is used as an application for registration for a license \ professional certificate in a health or medical profession. Those who are required to take a licensing exam should also submit an application for the governmental licensing exam.

Please write with clear hand writing (DO NOT WRITE IN SCRIPT).

שאלון לעובדים מקצועיים בתחום הבריאות

טופס זה משמש להגשת בקשה לרישיון / תעודת הכרה במעמד / תעודת מקצוע במקצועות הרפואה והבריאות. המבקשים לגשת לבחינות הממשלתיות מתבקשים למלא ולצרף גם את טופס הבקשה להרשמה לבחינה המתאימה.

1. פרטים אישיים/Personal Details

_____ **מקצוע**
Profession (Hebrew)

_____ **ת.ז. (9 ספרות)**
Israeli ID number

_____ **שם פרטי** _____ **שם משפחה**
First name (Hebrew) Last name (Hebrew)

_____ **שם האב** _____ **שם משפחה באותיות לטיניות**
Father's name Last name (Latin)

_____ **שם פרטי באותיות לטיניות**
First name (Latin)

_____ **1. אזרחות נוכחית** _____ **2. מס' דרכון**
Current citizenship(s) Passport number
if you do not have a teudat zehut number

2. פרטים נוספים/Additional Details

_____ **ישוב** _____ **כתובת**
City Address (if in Israel, please write in Hebrew)

_____ **רחוב** _____ **ארץ**
Street Country

_____ **מיקוד** _____ **מס' דירה** _____ **כניסה** _____ **מס' בית**
Zipcode Apartment Number Entrance House number

_____ **מספר טלפון נייד** _____ **מס' טלפון בבית**
Israeli Cell Phone Number Israeli Phone Number

_____ **כתובת דוא"ל**
Email Address

שם פרטי קודם _____ שם משפחה קודם _____
Previous first name Previous last name

Female נ | Male ז מין _____ .2 _____ .1
Sex Previous citizenship(s)

ארץ לידה _____ / _____ / _____ תאריך לידה _____
Country of birth Date of birth (dd/mm/yyyy)

_____ מס' תעודת עולה _____
Teudat Oleh number

_____ תאריך העלייה _____
Aliyah date Aliyah country

3. השכלה/Education

א. פירוט הלימודים בתחום המקצועי (הקפד/י למלא את הפרטים באופן מדויק, נא לציין שם המוסד בעברית ובלועזית):

תאריך הדיפלומה Date of diploma	מקצוע Profession	תואר Degree	תאריך סיום הלימודים Graduation date	תאריך תחילת לימודים Start date	ארץ ועיר City and country	שם המוסד בלועזית Name of Academic institute

ב. הכשרה מעשית (סטאז')
Critical Training - (Staj)

היקף שעות Number of hours	תאריך סיום Completion date	תאריך התחלה Start date	ארץ ועיר City and country	שם המוסד בלועזית Name of Academic institute

ג. רישוי וניסיון (יש לצרף אישורי העסקה)
Licensing and experience

תוקף הרישוי עד Expiration date	ארץ Country	רשות מאשרת Licensing entity	תאריך הפקת הרישוי Issue date	מס' רישוי # License	מקצוע הרישוי Profession

ד. התמחויות מוכרות (במקצועות רפואה, רפואת שיניים)
Recognized specialties (only in dentistry and medicine)

ארץ Country	רשות מאשרת Approving entity	תאריך קבלת תעודה Date of certification	תאריך סיום Completion date	תאריך התחלה Start date	שם ההתמחות Specialty

An important note regarding submission of documents and diplomas

Those who studied abroad:

1. Must submit copies of all original documents (DO NOT submit originals).
2. All documents must be notarized by an Israeli notary or verified by the Israeli Consulate at your country of origin.
3. Documents and diplomas that are not written in English or Arabic must be translated to Hebrew by a certified translator who is fluent in both Hebrew and the original language.

In the event that any of the above-mentioned documents cannot be submitted, a letter of explanation must be attached.

The complete list of documents required in any given profession can be found on the website of the Ministry of Health at: <https://www.health.gov.il/English/Services/MedicalAndHealthProfessions/Pages/default.aspx>

הערה לגבי תעודות ומסמכים:

יש לצרף לשאלון העתקים של התעודות המקוריות שאומתו על ידי נוטריון מורשה. אם התעודות המקוריות אינן כתובות בעברית או בערבית - יש לתרגם אותן לעברית. נכונות התרגום ודיוקו צריכים להיות מאושרים על ידי מתרגם מוסמך השולט בשפה העברית ובשפה המקורית.

במידה ולא ניתן לצרף מסמך כלשהו, יש לצרף על כך מכתב הסבר. את רשימת המסמכים הנדרשים בכל מקצוע ומקצוע ניתן למצוא באתר האינטרנט של משרד הבריאות בכתובת:

<http://www.health.gov.il/UnitsOffice/HR/professions/Pages/default.aspx>

3. הצהרה/Disclaimer

א. הצהרה בדבר מחלה מסכנת:

A. Disclaimer on Threatening Illnesses

I hereby declare that I do not presently suffer, nor have I previously suffered, from any illness, which may endanger the wellbeing of the patients under my care, nor from any illness or incapacitation, which may prevent me from practicing _____ indefinitely, temporarily or partially.

הריני מצהיר בזה כי אינני סובל ולא סבלתי מעולם ממחלה, העלולה לסכן את בריאות הציבור שבטיפולי, או ממחלה, או כושר לקוי, העלולים לשלול ממני את היכולת לעסוק ב_____ לחלוטין, זמנית או חלקית.

True נכון

False לא נכון

A1. I hereby declare that I did not quit, nor was I fired from, a workplace, dismissed from military service or disqualified from service altogether, due to any illness or incapacitation which prevented me from working or serving in the military.

1. הריני מצהיר/ה בזה כי לא עזבתי או פוטרתי ממקום עבודה, או שוחררתי משירות צבאי או לא גויסתי כלל, בשל מחלה או כושר לקוי אשר מנעו ממני את היכולת לעבוד או לשרת.

True נכון

False לא נכון

ב. הצהרה בדבר הרישיון:

B. Disclaimer on License:

I hereby declare that my license was never revoked or probated neither in Israel nor in any other state.

הריני מצהיר/ה בזה כי רישיוני לא נשלל או הותלה מעולם בארץ או בארץ אחרת.

True נכון

False לא נכון

ג. הצהרה בדבר עבירות:

C. Disclaimer on Felonies

1. I hereby declare that I have not been the subject of, or involved in, any disciplinary action, neither in Israel nor abroad.

1. הריני מצהיר כי לא נפתח נגדי הליך משמעתי בארץ או בחו"ל.

True נכון

False לא נכון

2. I hereby declare that there aren't any standing and / or pending investigations against me by police overseas, there aren't any legal actions taken against me in an overseas court for criminal offense, and that there aren't any entries about me in overseas criminal record registries which have yet to be rendered spent by the statute of limitations as stipulated by law.

2. הריני מצהיר כי אין במשטרה בחו"ל תיק תלוי ועומד כנגדי, לא מתנהל נגדי הליך פלילי בבית משפט בחו"ל בשל עבירה פלילית כלשהי וכן אין ברישומי המרשם הפלילי בחו"ל פרט רישום שלגביו טרם עברה תקופת ההתיישנות הקבועה בחוק.

True נכון

False לא נכון

In cases where you checked "False" please specify:

במקרים בהם השבת "לא נכון" נא פרט/:

D. Agreement to the Disclosure of Criminal Information

I the undersigned, holder of I.D. No. _____ hereby agree that the Israeli Police may disclose to the authorized agency within the Ministry of Health any criminal information about me, in order to meet the stipulations of the Law on Criminal Records and the Returning Regulation, 5741-1981, to the extent that the agency is entitled to according to the law. I am aware that my agreement to the above absolves both the police and the party receiving the information from the duty to inform me about the disclosure of information about me.

ד. הסכמה למסירת מידע פלילי

אני הח"מ, ת.ז. מס' _____, מסכים/ה בזאת כי משטרת ישראל תעביר לגורם המוסמך במשרד הבריאות מידע פלילי אודותי לצורך הקבוע בחוק המרשם הפלילי ותקנות השבים, התשמ"א – 1981 בהיקף שהוא זכאי לקבלו על-פי חוק. ידוע לי כי הסכמתי פוטרת את המשטרה ואת מקבל המידע ממשלוח הודעה אלי בדבר מסירת המידע אודותי.

E. Disclaimer on the Veracity of Information Supplied

I hereby declare that all the information I have supplied is true, and I am aware that in case it will be proven false, I shall be liable to punishment in accordance with Israeli law.

ה. הצהרה על נכונות הפרטים:

אני מצהיר/ה בזאת שכל הפרטים שמסרתי נכונים, ושידוע לי כי אם יתברר שאינם נכונים, אני צפוי/ה לעונש בהתאם לחוק הישראלי.

חתימה
Signature

תאריך
Date (dd/mm/yyyy)