



האגף לרישוי מקצועות הבריאות
Division of Medical Professions

משרד
הבריאות
לחיים בריאים יותר

י"ח אדר, תשע"ה
9 מרץ, 2015

מ/ _____

לכבוד

שלום רב,

**הנדון: הודעה לתיירים המבקשים לגשת לבחינות הרישוי הממשלתיות בפיזיותרפיה, ריפוי בעיסוק,
קלינאי תקשורת ותזונה-דיאטה**

על-פי חוק, כדי לקבל תעודת מקצוע במקצועות הנ"ל, מטעם משרד הבריאות, יש להיות אזרח או תושב במדינת ישראל.

מנכ"ל משרד הבריאות אישר כי פיזיותרפיסטים, מרפאים בעיסוק, קלינאי תקשורת ותזונאים-דיאטנים, יוכלו לגשת לבחינות הממשלתיות במקצועות אלו במעמד של תיירים.

תוקף ציון העובר בבחינה יהיה למשך 3 שנים בלבד.

פיזיותרפיסטים, מרפאים בעיסוק, קלינאי תקשורת ותזונאים-דיאטנים שעמדו בבחינה הממשלתית בהצלחה ולא יהיו בעל המעמד האזרחי המתאים הנדרש על-פי החוק בתוך פרק זמן זה, לשם קבלת תעודת מקצוע במקצועות אלה מטעם משרד הבריאות, יידרשו לעמוד בהצלחה בבחינה בפעם נוספת.

לקבלת הרשאה לגשת לבחינה הממשלתית במקצועות אלה, עליך לחתום על התצהיר המצורף בזה, בפני עורך-דין מורשה בישראל ולהחזירו למשרדנו תוך שבועיים מתאריך מכתב זה.

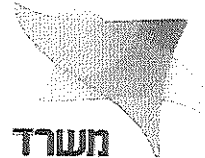
בכבוד רב,

נטליה זליגר
סגנית מנהל האגף לרישוי מקצועות רפואיים

Division of Medical Professions
Ministry of Health
call.habriut@moh.health.gov.il
Tel: * 5400 Fax: 02-5655969
39 Yirmiyahu St. Jerusalem 9446724



האגף לרישוי מקצועות רפואיים
משרד הבריאות
ת.ד. 1176 ירושלים 91010
call.habriut@moh.health.gov.il
טל: *5400 פקס: 02-5655969



האגף לרישוי מקצועות הבריאות
Division of Medical Professions

משרד
הבריאות
נתיים בריאים יותר

מ/_____

תצהיר

אני _____, החתום מטה, בעל דרכון ממדינת _____.

שמספרו _____, מצהיר בזה כי ידוע לי כי לפני משורת הדין, ניתנה לי הרשאה לגשת לבחינה הממשלתית ב _____ במידה ואעמוד בהצלחה בבחינה ולא אהיה בעל אזרחות או תושבות בישראל, תוקף הבחינה יהיה למשך 3 שנים בלבד.

ידוע לי כי אם לא יהיה לי מעמד של אזרח או תושב במדינת ישראל בתוך 3 שנים, תוקף הבחינה יפוג ואדרש לעמוד בבחינות בהצלחה בפעם נוספת.

ידוע לי כי ההרשאה לגשת לבחינה הממשלתית כפופה לכל התנאים החלים על כלל בעלי תעודת המקצוע ב _____ במדינת ישראל.

אני מצהיר ומסכים בזה מראש כי לא תהא לי תביעה כלשהי כלפי המדינה או מוסד ציבורי או פרטי כלשהו, אם יבוטל תוקף הבחינה לאחר 3 שנים.

על החתום: _____

תאריך: _____

נחתם בפני: _____, עו"ד _____

המאשר בזה כי בתאריך: _____ הופיע בפני בלשכתי מר/גב' _____

שזיהיתי אותה על פי דרכון שמספרו _____ ולאחר שהזהרתי/ה כי עליו/ה להצהיר את האמת וכי/יהיה/ תהיה צפויה לעונשים הקבועים בחוק אם לא יעשה/תעשה כך, אישר/ה את נכונות ההצהרה הנ"ל וחתם/ה עליה.

שם עו"ד וחותמת: _____ תאריך: _____

