



## טופס הרשמה ל: פסיכולוגים קליניים למען דור העתיד

חברי החטיבה הקלינית בהפ"י המעוניינים להצטרף למאגר של מטפלים בתעריף מוזל  
למתמחים, ומוכנים להקדיש לכך לפחות שעה טיפולית אחת לשבוע, ימלאו את הפרטים  
הבאים:

שם פרטי: \_\_\_\_\_ שם משפחה: \_\_\_\_\_

כתובת הקליניקה: \_\_\_\_\_

מס' טלפון נייד: \_\_\_\_\_ - מס' טלפון נייח: \_\_\_\_\_ -

מספר רישיון מומחה: \_\_\_\_\_ או מספר רישיון מדריך: \_\_\_\_\_

דוא"ל: \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

אני מעוניין/ת להצטרף לרשימה כ-: [ ] פסיכולוג מומחה מטפל [ ] פסיכולוג מדריך

אנא פרטי/י שיטות טיפול ובעיות שבהן את/ה מתמחה (במידה ואתה מומחה בתחום נוסף מלבד  
הקליני ניתן לפרט כאן):

---

---

---

אני מצהיר כי ידוע לי שההתקשרות ביני ובין הפונה היא על אחריותי המקצועית בלבד וכי לא תהיינה לי  
כל טענות או תביעות כלפי הפ"י או כל גורם אחר בגין התקשרות זו.

שם מלא \_\_\_\_\_ חתימה \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_