



תאריך \_\_\_\_\_

לכבוד \_\_\_\_\_

## הנדון: פנייתך להצטרפות לאיגוד הישראלי לפסיכותרפיה

אנו מודים לך על פנייתך ובקשתך להצטרפות לאיגוד הישראלי לפסיכותרפיה.  
רצ"ל תקנון העמותה וטופס בקשת הצטרפות.

אנא קרא. י בעיון את התקנון, מלא. י את השאלון על כל פרטיו, חתום. י עליו וצרף. י את כל התעודות והאישורים המתאימים, בהתאם לנדרש לפי הקריטריונים לקבלה (דיפלומה, תואר, מומחיות, השתלמויות, תעסוקה, הדרכה וכדומה).

עלות דמי טיפול בבקשתך הינה 50 ₪. תשלום דמי הרישום יעשה באתר.  
מייל אישור על קבלת החומר יישלח אליך תוך שבוע. במידה ולא תקבל בתום השבוע אישור במייל, נא לוודא טלפונית שאכן המייל ששלחת הגיע לאיגוד.

לשאלות ולברורים נא לפנות למזכירות האיגוד, טלפון 03-7369051.

בברכה,  
האיגוד הישראלי לפסיכותרפיה

★ ★ ★ ★ ★

## קריטריונים לקבלת חברים לאיגוד הישראלי לפסיכותרפיה

האיגוד מקבל כחבר: פסיכיאטרים, פסיכולוגים קליניים, פסיכולוגים מומחים טיפוליים, עובדים סוציאליים, מטפלים באומנות וקרימינולוגים קליניים לפי הקריטריונים הבאים:

- א. פסיכיאטרים: פסיכיאטר מומחה על פי הדרישות למומחיות בפסיכיאטריה.
- ב. פסיכולוגים קליניים: פסיכולוג בעל אישור מומחיות כפסיכולוג קליני.
- ג. פסיכולוגים מומחים טיפוליים לא קליניים (חינוכיים, רפואיים, שיקומיים, התפתחותיים), העומדים בתנאי השלמה אקדמית קלינית, התנסות במוסדות המוכרים לברה"ן ובי"ס לפסיכותרפיה מוכר האיגוד.
- ד. עובדים סוציאליים במסלול קליני/בריה"נ/טיפול, בעלי תואר שני מוכר מל"ג, שעבדו לפחות 3 שנים בחצי משרה במסגרת מקצועם והתמחותם במוסדות המוכרים לבריאות הנפש ובהם קבלו 160 שעות הדרכה אישית על פסיכותרפיה, וסיימו בי"ס לפסיכותרפיה מוכר איגוד.
- ה. עובדים סוציאליים שאינם במסלול קליני/בריה"נ/טיפול ( ילד ומשפחה, ילד ונוער, טראומה), בעלי תואר שני מוכר מל"ג, לאחר שנתיים של עבודה בחצי משרה במסגרת מקצועם והתמחותם עם 90 שעות הדרכה, יתקבלו בתנאי השלמה אקדמית קלינית והתנסות שנתיים במוסדות המוכרים לברה"ן ובי"ס לפסיכותרפיה מוכר ע"י האיגוד.
- ו. מטפלים באומנות בעלי תואר שני מוכר מל"ג במקצועם, לאחר שנתיים עבודה בחצי משרה במסגרת מקצועם והתמחותם עם 90 שעות הדרכה, יתקבלו בתנאי שהתואר הראשון שלהם הוא בפסיכולוגיה או בעבודה סוציאלית מוכר מל"ג, ובתנאי השלמה אקדמית קלינית, התנסות קלינית במשך שנתיים במוסדות המוכרים לברה"ן ובי"ס לפסיכותרפיה מוכר האיגוד.
- ז. קרימינולוגים קליניים בעלי תואר שני מוכר מל"ג במקצועם לאחר שנתיים עבודה בחצי משרה במסגרת מקצועם והתמחותם, בעלי 90 שעות הדרכה, יתקבלו בתנאי שהתואר הראשון שלהם הוא בפסיכולוגיה או בעבודה סוציאלית מוכר מל"ג, ובתנאי השלמה אקדמית קלינית, התנסות קלינית במשך שנתיים במוסדות המוכרים לברה"ן ובי"ס לפסיכותרפיה מוכר האיגוד.

# טופס בקשה להצטרפות לאיגוד הישראלי לפסיכותרפיה

## 1. פרטים אישיים

שם פרטי ושם משפחה		שם מלא באותיות דפוס לטיניות	
מען	עיר	מיקוד	
טלפון נייד	טלפון נוסף	פקס	
דואר אלקטרוני (באותיות גדולות לא מחוברות)			
תאריך לידה	ארץ לידה	מצב משפחתי	מספר זהות
מקצוע בסיס (פסיכיאטר, פסיכולוג, עו"ס, מטפל באומנות, קרימינולוג)	תואר (באנגלית)	מס' רשיון מומחיות	שנת הקבלה

## 2. תעסוקה

מקום עבודה עיקרי	תפקיד	מס' ימי עבודה
כתובת	טלפון	
מקום עבודה נוסף		

## 3. השכלה מקצועית

שנת קבלת התואר	שנות לימוד	מקום לימוד	
			תואר ראשון
			תואר שני
			תואר שלישי
			תכנית פסיכותרפיה
			אחר
הערות			

## 4. התנסות

מס' שעות הדרכה	המדריכים	בשנים	מקום העבודה (צייני/י האם מוכר ברה"ן)

### 5. תחומי התמחות

(אינדיבידואלי, קבוצתי, משפחתי, ילדים וכד') נא פרטי:

### 6. גישות וטכניקות טיפוליות

(דינמי, אנליטי, טכניקות קוגניטיביות, היפנוזה, קצר מועד וכד')

### 7. השתלמויות מקצועיות בפסיכותרפיה

(לאחר לימודי התואר/דיפלומה)

השנה	משך ההשתלמות	המסגרת בה נערכה ההשתלמות	נושא ההשתלמות והאחראי לה	
				.1
				.2
				.3
				.4
				.5
הערות				

**8. חברות באיגודים מקצועיים**

שם האיגוד	שנת הצטרפות

**9. אישורים והמלצות**

א. יש לצרף האישורים המתאימים לך בהתאם למפורט בדף הקריטריונים הרצ"ל (תכנית פסיכותרפיה, תואר, מומחיות, השתלמויות, תעסוקה, הדרכות וכד').  
 ב. נא לציין שמות שני ממליצים, שהינם חברי האיגוד, בלוויית חתימתם, אשר אין לך התנגדות כי נפנה אליהם.

שם הממליץ	חתימתו	הבסיס להמלצה*
_____	_____	_____
_____	_____	_____

\* הדרכה, הכרות מקצועית, הכרות אישית וכד'

**10. הערות**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

★ ★ ★ ★ ★

”אני,

שם	_____	מקצוע	_____
כתובת	_____	מספר זהות	_____

מבקשת להיות חבר. בעמותה האיגוד הישראלי לפסיכותרפיה(ע"ר), מטרת העמותה ותקנונה ידועים לי. אם אתקבל כחבר. ה בה אני מתחייבת לקיים את הוראות התקנון ואת החלטות האסיפה הכללית של העמותה."

חתימה	_____	תאריך	_____
-------	-------	-------	-------

5510702 ISRAEL \* P.O.Box 926 Kiryat Ono 5510702 \* ת.ד. 926 קרית אנו 5510702  
 טל: 03-7369051, Tel: 972-3-7369051 \* פקס-153-3-7369051  
 דוא"ל – איגוד ישראלי לפסיכותרפיה: [iapsych@013net.net](mailto:iapsych@013net.net)  
 אתר אינטרנט – איגוד ישראלי לפסיכותרפיה: [www.israpsych.org](http://www.israpsych.org) website: