

REQUIRED DOCUMENTS: DENTAL HYGIENE

- Questionnaire for Health Care Professionals.**
 - Please note you must provide an ISRAELI address and cell phone# (can be of friends/family).
- Application form to take the government licensing examination for dental hygienists (attached below).**
 - For information about submitting this document, please reach out to medpro@nbn.org.il
 - If you're planning to take your licensing exam PRIOR to making Aliyah, please fill out this document. Once you've completed the document, please download a copy, complete it, and send it to medpro@nbn.org.il
- A copy of your Israeli identification card**
 - Including the attachment showing your address, if applicable
 - If you don't yet have an Israeli ID, then include a copy of your current passport
- Valid license.**
- Professional Certificate of Good Standing from the authority authorized to issue this in the state you are licensed.**
 - The certificate states that there are not and were not any disciplinary, negligence or professional ethics complaints against the applicant.
 - To be sent directly from the medical board of the state in which you are licensed via email to hagai.zilberman@moh.gov.il at the Ministry of Health, or via postal service to the Ministry of Health, Licensing Division, C/O Nechama, 39 Yirmiyahu St. P.O.B 1176, Jerusalem 9101002

REQUIRED DOCUMENTS - CONTINUED

Final diploma

- From a recognized institution, or certification from the institution of completion of studies (at least 2,000 hours).
- Alternatively, proof of fulfillment of all obligations to the institution and eligibility for a diploma as a dental hygienist, which will be awarded at a certain time.

Official confirmation of the studies start and completion dates.

Official proof of work history

- From the relevant institutions, stating the start and end date of the employment at each of the institutions.

Documentation of legal name change, if relevant.

- This is required if some of your documentation has one set of first/last name, and the rest has your new name.

בקשה להבחן בבחינת רישוי ממשלתית בשיננות

תאריך: _____

לכבוד:

מנהל האגף לרישוי מקצועות רפואיים
רחוב ירמיהו 39, ת.ד. 1176, ירושלים 9101002
משרד הבריאות

אני החתום/ה מטה:

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ מס' זהות: _____
כתובת: _____ מיקוד: _____ מס' טלפון: _____

מבקש/ת להבחן בבחינת הרישוי הממשלתית בשיננות, בהתאם לדרישות החוק במקצוע זה.

{ } ברצוני להבחן במועד קיץ

{ } ברצוני להבחן במועד חורף

לתשומת לבכם:

א. הבחינה תתקיים בשפה העברית.

ב. הרישום לבחינה יהיה בתוקף רק לאחר אישור מנהל האגף לרישוי מקצועות רפואיים במשרד הבריאות, כי הינך זכאי/ת לגשת לבחינה בהתאם לחוק. הודעה על מועד הבחינה, מיקומה ושאר תנאים תשלח אליך במועד מאוחר יותר, וכן תפורסם באתר האינטרנט של האגף לרישוי מקצועות רפואיים, בכתובת:

<http://www.health.gov.il/Subjects/MedicalAndHealthProfessions>

חתימה _____

נא למלא את הטופס בשני העתקים

לשימוש משרד הבריאות

לכבוד: ועדת הבחינות בשיננות

החתום/ה לעיל _____ זכאי/ת להבחן בבחינת הרישוי בשיננות.

בכבוד רב,

ד"ר א. שנון

מנהל האגף לרישוי מקצועות רפואיים