

REQUIRED DOCUMENTS: PHYSIOTHERAPY

- Application Form to take the examination in physiotherapy (attached below).**
 - 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
- Questionnaire for Health Care Professionals.**
 - **Please note you must provide an ISRAELI address and cell phone# (can be of friends/family)**
- 1 photocopy of an **Israeli ID/ Current Passport** (if you don't have an Israeli ID)
 - Including the address slip and statement of status in Israel (citizen or resident).
- Physiotherapy degree (BA/BSC and MA/MS)** or an official letter from the university for eligibility for a diploma.
- University Transcript**
 - Divided according to semester/year WITH course descriptions and confirmation of start and end date of your studies.
 - To be authenticated OR sent from the issuing body directly to hagai.zilberman@moh.gov.il
- An official letter from the university stating that your studies were in-person.**
 - The letter needs to be on letterhead and signed by the institute.
 - To be authenticated OR sent from the issuing body directly to hagai.zilberman@moh.gov.il

REQUIRED DOCUMENTS - CONTINUED

- Proof of employment/** An official certification of having successfully completed internship (960 hours)**

**Only valid if you dont have any proof of past employment.

- To be authenticated OR sent from the issuing body directly to hagai.zilberman@moh.gov.il

- Professional Certificate of Good Standing from the authority authorized to issue this in the state where 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**

- 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 בבחינה הממשלתית בפיזיותרפיה

הנחיות

- יש להקפיד למלא את הסופס כאשר השדות המסומנים בכוכבית אדומה (*) הינם חובה למילוי.
- הו ישוט לבחינה זיהו בנותקין וק לאוו אושו מנהל האגף לרשי מקצועונו פואיט גמשו ו הגו יאוו, כי הגך רשאילת לגשת לבחינה בהתאם לחוק. הודעה על מועד הבחינה, מיקומה ושאר תנאיה תשלח אלך במועד מאוחר יותר, וכן תפורסם באתר האינטרנט של האגף לרשי מקצועות רפואיים.
- את הסופס יש למלא ולשלוח אל מנהל האגף לרשי מקצועות רפואיים, רחור ירמיהו 39, ת ד 1176 ירושלם 9101002, משרד הבריאות.

פרטי הבקשה

אני החתום/ה מטה:

שם משפחה:	שם פרטי:
תעודת זהות:	טלפון נייד:
כתובת:	מיקוד:
דוא"ל:	

- מבקש/ת להבחן בבחינה הממשלתית לפיזיותרפיסטים בהתאם לדרישות התקמת במקצוע זה.
 - ברצוני להבחן במועד הראשון בשנה
 - ברצוני להבחן במועד השני בשנה
- הבחינה תתקיים בכתב, בשפה העברית, הערבית, האנגלית, הספרדית, הצרפתית והרוסית.
 - ררצוני להרחן תשפה הערבית ררצוני להרחן תשפה המפרדית
 - ברצוני להבחן בשפה הערבית ברצוני להבחן בשפה הצרפתית
 - ברצוני להבחן בשפה האנגלית ברצוני להבחן בשפה הרוסית

לונשוננו לבגט:

בקשה לתרגום הבחינה לשפות הזרות וכן בקשה להתאמות (כגון הארכת זמן) יש להגיש עד 60 יום טרם מועד הבחינה.

חתימה

תאריך

לשימוש משרד הבריאות

לנבו: זעות הגודות בפיזיונו פיז

החתום/ה לעיל _____ רשאילת להבחן בבחינה הממשלתית בפיזיותרפיה.

בכבוד רב,

האגף לרשי מקצועות רפואיים