

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
- 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 בשינון

תאריך:

לכבוד:

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

אני החתומה מסה:

שם משפחה: _____ שם פרטי: _____ מס' זהות: _____
מסבת: _____ מיקוד: _____ מס' סלפון: _____

מבקשות להבחן בבחינת הרישוי הממשלתית בשינון, בהתאם לדרישות החוק במקצוע זה.

[] ברצוני להבחן במסגרת קיי

[] ברצוני להבחן במסגרת חדשה

לתשומת לבכם:

א. הבחינה תעקיים בשפה העברית.

ב. הרישום לבחינה יהיה בוגר רק לאחר אישור מנהל האגף לרישוי מקצועות רפואיים במשרד הבריאות, כי היך זכאית לגשת לבחינה בהתאם לחוק. הודעה על שעת הבחינה, מקומה ושאר תנאיה תשלח אליך במסגרת מאוחר יותר, וכן תפורסם באתר האינטרנט של האגף לרישוי מקצועות רפואיים, בסמכת

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

חתימה

זה למלא את הסמך בשני העותקים

לשימוש משרד הבריאות

לכבוד: עדות הבודעת בשינון

החתומה לעיל _____ זכאית להבחן בבחינת הרישוי בשינון.

בכבוד רב,

ד"ר א. שטן

מנהל האגף לרישוי מקצועות רפואיים