

REQUIRED DOCUMENTS: OPTOMETRY

- Application Form to take the examination in optometry (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
- 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 identity card**
 - Including the address slip and statement of status in Israel (citizen or resident).
 - If you don't have it yet, a copy of your current passport.
- Final diploma**
 - Alternatively, a certification from the institution of completion of studies and fulfillment of all obligations to the university and eligibility for an optometry diploma, which will be awarded at a certain time.
- Official certification of the dates you commenced and completed your studies.**
- Valid license.**
- Official proof of work history from the relevant institutions, stating the start and end date of the employment at each of the institutions.**

REQUIRED DOCUMENTS - CONTINUED

- 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 באופטומטריה

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: _____

תאריך לידה: _____ תאריך עלייה: _____

תאריך דיפלומה: _____ ארץ לימודים: _____

מבקש/ת להבחן בבחינת הרישוי באופטומטריה בהתאם לדרישות החוק והתקנות במקצוע זה.

[] ברצוני להבחן במועד קיץ, שנת - _____
[] ברצוני להבחן במועד חורף, שנת - _____

לתשומת לב העולים החדשים:

הבחינה תתקיים בעברית. אם הנך מעדיף/ה להבחן בשפה אחרת, פרטי/י לפי עדיפותך ובמידת האפשר ניענה לבקשתך:

1. _____ 2. _____

לתשומת לבכם:

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 תנאיה תשלח אליך במועד מאוחר יותר, וכן תפורסם באתר האינטרנט של האגף לרישוי מקצועות רפואיים, בכתובת:

<http://www.health.gov.il/UnitsOffice/HR/professions/Pages/default.aspx>

חתימה

=====