

REQUIRED DOCUMENTS: PODIATRY

- Application form for conducting supervised podiatric / surgical podiatric work (attached below)**
 - For information about submitting this document, please reach out to medpro@nbn.org.il
- Application Form to take the examination in podiatry (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.
- A final Diploma of podiatry / surgical podiatry(BA/BSC and MA/MS).**
 - To be authenticated OR sent from the issuing body directly to hagai.zilberman@moh.gov.il
- 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

REQUIRED DOCUMENTS - CONTINUED

- An original status recognition certification – to those previously holding a status recognition certification by the Ministry of health**
A confirmation of occupation abroad in the profession for a duration of at least two years in all operations under license.
 - To be authenticated OR sent from the issuing body directly to hagai.zilberman@moh.gov.il
- Those applying for a **surgical podiatry certificate of profession** must also fill out a confirmation of practical training of two years, in the country in which they have completed the studies of that profession.
 - 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 לקבלת היתר לעבוד בפיקוח בפודיאטריה/ פודיאטריה ניתוחית

הנחיות

- יש להקפיד למלא את הטופס כאשר השדות המסומנים בכוכבית אדומה (*) הינם חובה למילוי.
- האישור לעבודה בפיקוח יהיה בתוקף רק לאחר אישור מנהל האגף לרישוי מקצועות רפואיים במשרד הבריאות, כי הנך רשאי/ת לעבוד בפיקוח בהתאם לחוק.
- את הטופס יש למלא ולשלוח אל מנהל האגף לרישוי מקצועות רפואיים, רחוב ירמיהו 39, ת.ד. 1176 ירושלים 9101002, משרד הבריאות.

פרטי הבקשה

אני החתום/ה מטה:

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

א. מבקש/ת לעבוד בפיקוח בהתאם לדרישות התקנות במקצוע זה.

ברצוני לעבוד בפיקוח בפודיאטריה

ברצוני לעבוד בפיקוח בפודיאטריה ניתוחית

ב. לבקשה זו מצורפים

דיפלומה סופית בפודיאטריה/פודיאטריה ניתוחית ותוכנית הלימודים

אישור על עיסוק במקצוע בחו"ל במשך שנתיים לפחות בכל הפעולות המנויות בתקנות הסדרת

העיסוק במקצועות הבריאות (הוכחה בדבר פעולות של פודיאטר ופודיאטר מנתח לפי התוספת

הראשונה לחוק), התשע"ח-2018

רישיון מחו"ל

תעודת יושר מחו"ל

אישור מטעם מנהל מחלקה אורתופדית בבית חולים מוכר כי הוא מוכן לבצע את הפיקוח, משך חצי

שנה

*תאריך

*חתימה

לשימוש משרד הבריאות

החתום/ה לעיל _____ רשאי/ת לעבוד בפיקוח בפודיאטריה/ בפודיאטריה ניתוחית

בכבוד רב,

האגף לרישוי מקצועות רפואיים

עמוד - 1 - מתוך 1



האגף לרישוי מקצועות רפואיים, משרד הבריאות, ת.ד. 1176 ירושלים 9101002, טלפון: *5400 פקס: 02-5655997

Division of Medical Professions, Ministry of Health, P.O.B 1176. Jerusalem 9101002

Tel: *5400 Fax: 02-5655997

call.habriut@moh.health.gov.il