

# REQUIRED DOCUMENTS: DENTISTRY

- Questionnaire for Health Care Professionals.**
  - Please note you must provide an **ISRAELI** address and cell phone# (can be of friends/family).
- Application Form for taking the dental licensing examinations** (if applicable, 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](mailto:medpro@nbn.org.il)
- 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).
- Final diploma (BA/BSC and MA/MS) or an official letter from the university for eligibility for a diploma.**
  - To be authenticated OR sent from the issuing body directly to [hagai.zilberman@moh.gov.il](mailto:hagai.zilberman@moh.gov.il)
- Official transcript including confirmation of start and end dates of study.** If the studies were conducted at more than one institute, provide official confirmations on the chronology of the studies and the courses taken in each institute.
  - To be authenticated OR sent from the issuing body directly to [hagai.zilberman@moh.gov.il](mailto:hagai.zilberman@moh.gov.il)
  - **If the start and end dates have not been mentioned in your transcript, please have your university email a separate letter with this information directly to [hagai.zilberman@moh.gov.il](mailto:hagai.zilberman@moh.gov.il).**
- Official proof of work history from the appropriate medical institutions, stating the start and end date of employment at each institution.**
  - To be authenticated OR sent from the issuing body directly to [hagai.zilberman@moh.gov.il](mailto:hagai.zilberman@moh.gov.il)

## REQUIRED DOCUMENTS - CONTINUED

- 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](mailto: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.

### Documents for exemption from the licensing exam

- A letter from an employer(s) proving 5 years of work experience within the last 7 years, official work permits from the appropriate medical institutions, and indication of the start and end date of work at each institution.

### If you're an independent contractor

- A letter from your accountant on official letterhead and signed with wet ink which includes the following details:
- Dates when work was performed
- Confirmation that you're a dentist (just needs to specifically say the word dentist!)
- Registration number of your practice from the issuing state or province  
Your license number

To be authenticated or sent directly from the issuing body to [hagai.zilberman@moh.gov.il](mailto:hagai.zilberman@moh.gov.il)

## בקשה להבחן בבחינות הרישוי הממשלתיות ברפואת שיניים

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 בבחינות הרישוי ברפואת שיניים 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, פרט/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 תנאים 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

לשימוש משרד הבריאות

לכבוד: יו"ר ועדת הבוחנים הממשלתית ברפואת שיניים

החתום/ה לעיל \_\_\_\_\_ מס' רת/ \_\_\_\_\_ זכאי/ת להבחן בבחינת הרישוי הממשלתית ברפואת שיניים.

בכבוד רב,

ד"ר א. שנון

מנהל האגף לרישוי מקצועות רפואיים



15/11/2020

כ"ח בחשוון, התשפ"א

סימוכין : 435363120

שלום רב,

**הנדון: בקשה לגשת לבחינות הרישוי הממשלתיות במעמד תייר- תצהיר**

על-פי חוק, כדי לקבל תעודת מקצוע במקצועות רפואיים, מטעם משרד הבריאות, עלייך להיות אזרח או תושב במדינת ישראל.  
מנכ"ל משרד הבריאות אישר כי בעלי מקצועות רפואיים בחו"ל יוכלו לגשת לבחינות הממשלתיות במקצועות אלו במעמד של תיירים. תוקף ציון עובר בבחינה יהיה למשך **3 שנים בלבד**.  
בעלי מקצועות רפואיים שעמדו בבחינה הממשלתית בהצלחה ולא יהיו בעלי המעמד האזרחי המתאים הנדרש על-פי החוק בתוך פרק זמן זה, לשם קבלת תעודת מקצוע/רישיון במקצועות אלה מטעם משרד הבריאות, יידרשו לעמוד בהצלחה בבחינה פעם נוספת.  
לקבלת הרשאה לגשת לבחינה הממשלתית במקצועות אלה, יש לחתום על התצהיר מטה ולהחזירו למשרדנו עד 30 ימים לפני מועד הבחינה.

**תצהיר הנבחן:**

אני \_\_\_\_\_, החתום מטה, בעל דרכון ממדינת \_\_\_\_\_  
שמספרו \_\_\_\_\_, מצהיר בזה כי ידוע לי כי לפני משורת הדין, ניתנה לי הרשאה לגשת לבחינה הממשלתית בתאריך \_\_\_\_\_.  
במידה ואעמוד בהצלחה בבחינה ולא אהיה בעל אזרחות או תושבות בישראל, תוקף הבחינה יהיה למשך 3 שנים בלבד.  
ידוע לי כי אם לא יהיה לי מעמד של אזרח או תושב במדינת ישראל בתוך 3 שנים, תוקף הבחינה יפוג ואדרש לגשת לבחינת רישוי נוספת.  
ידוע לי כי ההרשאה לגשת לבחינה הממשלתית כפופה לכל התנאים החלים על כלל בעלי תעודת המקצוע ב \_\_\_\_\_ במדינת ישראל.  
אני מצהיר ומסכים בזה מראש כי לא תהא לי תביעה כלשהי כלפי המדינה או מוסד ציבורי או פרטי כלשהו, אם יבוטל תוקף הבחינה לאחר 3 שנים.

על החתום: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_