

REQUIRED DOCUMENTS: DIETITIAN/NUTRITION

- Questionnaire for Health Care Professionals.**
 - Please note you must provide an ISRAELI address and cell phone# (can be family or friend's information)
- Application form** for the nutrition-dietetics exam (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
- Final diploma (BA/BSC and MA/MS) or an official letter from the university for eligibility for a diploma.**
 - Or alternatively, confirmation of completion of studies and fulfillment of all obligations from a university, making the applicant eligible for a degree in this profession, which will be awarded at a certain time.
 - 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

- 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
- Proof of employment/ An official certification of having successfully completed internship (750 hours)****
 - **Only required 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
- 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 בתזונה דיאטה

הנחיות

- יש להקפיד למלא את הטופס כאשר השדות המסומנים בכוכבית אדומה (*) הינם חובה למילוי.
- הרישום לבחינה יהיה בתוקף רק לאחר אישור מנהל האגף לרישוי מקצועות רפואיים במשרד הבריאות, כי הנך רשאי/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](#).
- 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:

א. מבקש/ת להבחן בבחינה הממשלתית בתזונה דיאטה בהתאם לדרישות התקנות במקצוע זה.

ברצוני להבחן במועד הראשון בשנה

ברצוני להבחן במועד השני בשנה

ב. הבחינה תתקיים בכתב, בשפה העברית, הערבית, האנגלית, הספרדית, הצרפתית והרוסית.

ברצוני להבחן בשפה העברית ברצוני להבחן בשפה הספרדית

ברצוני להבחן בשפה הערבית ברצוני להבחן בשפה הצרפתית

ברצוני להבחן בשפה האנגלית ברצוני להבחן בשפה הרוסית

לתשומת לבכם:

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

*תאריך

*חתימה

לשימוש משרד הבריאות

לכבוד: ועדת הבחינות בתזונה דיאטה

החתום/ה לעיל _____ רשאי/ת להבחן בבחינה הממשלתית בתזונה דיאטה.

בכבוד רב,
האגף לרישוי מקצועות רפואיים

עמוד - 1 - מתוך 1