

REQUIRED DOCUMENTS: OCCUPATIONAL THERAPY

- Application Form to take the examination in occupational therapy (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
- 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 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) in occupational therapy, 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
- 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

- Proof of employment/** An official certification of having successfully completed **internship (1,000 hours)****

******Only valid 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

- 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 בריפוי בעיסוק

הנחיות

- יש להקפיד למלא את הסופס כאשר השדות המסומנים בכוכבית אדומה (*) הינם חובה למילוי.
- הו ישוט לבחינה זיהו בנותקין וק לאווו אישוו מנהל האגף לו ישיו מקצועונו ופואייט גמשוו והבו יאוונ, כי הנך רשאילת 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.
- את הסופס יש למלא ולשלוח אל מנהל האגף לרישוי מקצועות רפואיים, רחור 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*	

- מבקש/ת להבחן בבחינה הממשלתית למרפאים בעיסוק בהתאם לדרישות התקנות במקצוע זה.
 - ברצוני להבחן במועד הראשון בשנה
 - ברצוני להבחן במועד השני בשנה
- 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

לחשומה לררח:

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 למרפאים בעיסוק

החתום/ה לעיל _____ רשאית/ת להבחן בבחינה הממשלתית למרפאים בעיסוק.

ברנד רב,

האגף לרישוי מקצועות רפואיים