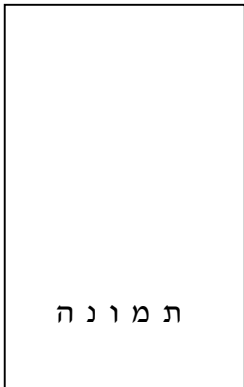




Department of Orthodontics המחלקה לאורתודונטיה



ת מ ו נ ה

טופס הרשמה להתמחות באורתודונטיה

תאריך: _____

שם משפחה (בעברית): _____

שם פרטי (בעברית): _____

שם משפחה קודם (בעברית): _____

מס' ת.ז.: _____

שם משפחה (באנגלית): _____ שם פרטי (באנגלית): _____

שם משפחה קודם (באנגלית): _____

כתובת מגורים:

רחוב _____ ישוב _____ מיקוד _____

טלפון בבית: _____ טלפון בעבודה: _____

טלפון נייד: _____

E-mail _____

פקס: _____

תאריך לידה: _____ ארץ לידה: _____ שנת עליה: _____

אזרחות: _____ אזרחות נוספת: _____ מצב משפחתי: _____

שרות צבאי / שרות לאומי: _____

מקום עבודה נוכחי וכתובתו: _____

מקצוע האב: _____

מקצוע האם: _____



Department of Orthodontics המחלקה לאורתודונטיה

פרט ניסיון מעשי ברפואת שיניים:

תואר	שנת סיום	שנת התחלה	ארץ ועיר	מוסד	השכלה
					תיכונית
					גבוהה
					גבוהה
					גבוהה
					השתלמות

פרסומים:

פרסים ותארים:

שטחי התעניינות נוספים פרט לרפואת שיניים (כמו ספורט, תחביבים).

דברים אחרים שלדעתך יכולים לעניין את ועדת הקבלה: (שירות לקהילה וכד')



Department of Orthodontics המחלקה לאורתודונטיה

מהן תוכניותיך לאחר גמר התמחותך :

לימודי רפואת שיניים :

שנה	ציון ממוצע	מיקום בכיתה
שנה א'		
שנה ב'		
שנה ג'		
שנה ד'		
שנה ה'		
שנה ו'		

לטופס ההרשמה יש לצרף

1. דיפלומה מהמוסד בו למד המועמד (או אישור על סיום הדרישות לקבלת תואר דוקטור לרפואת שיניים).
2. רישיון קבוע מטעם משרד הבריאות לעסוק ברפואת שיניים.
3. גיליון ציונים ומיקום בכיתה מכל שנות הלימודים ברפואת שיניים (אם לא ניתן לקבל אלה יש לצרף אישור המוסד על כך).
4. אישורים על לימודים נוספים (תעודות).
5. קורות חיים.
6. תמונת פספורט עדכנית.
7. הצהרת בריאות + חיסונים - אישור רפואי על מצב בריאות עם התייחסות לנושא מחלות מדבקות הפטיטיס B, AIDS ובריאות הנפש.
8. ביטוח אחריות מקצועית.
9. 3 מכתבי המלצה.
10. המחאה בסך 600 ש"ח - דמי הרשמה.

כל המסמכים צריכים להיות מקוריים או צילומים מאושרים ע"י המוסד או ע"י נוטריון.

●●● מיסודה של אחוות אלפה
אומגה הבינלאומית
Founded by Alpha
Omega International
Dental Fraternity

The Maurice and Gabriela
Goldschleger School of
Dental medicine
Sackler Faculty of Medicine
Tel Aviv University

בית הספר לרפואת שיניים
ע"ש מוריס וגבריאלה
גולדשלגר
הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
אוניברסיטת תל אביב



Department of Orthodontics המחלקה לאורתודונטיה

הנני מצהיר הזאת כי כל המידע המפורט לעיל הינו נכון.

_____ חתימה:

_____ תאריך:



Department of Orthodontics המחלקה לאורתודונטיה

מידע כללי

1. רשאים להגיש את מועמדתם רופאי שיניים בעלי רישיון לעסוק ברפואת שיניים בישראל אשר סיימו לימודיהם במוסד מוכר להשכלה גבוה.
2. ניסיון קודם כרופא שיניים כללי יהווה יתרון בקבלה להתמחות.
3. משך התוכנית במחלקה לאורתודונטיה הוא $3\frac{1}{2}$ שנים בהיקף מלא ובעלות מלאה (ראה סעיף 3). במסגרת זו ישלים המתמחה את השהייה במחלקת האם ובכל הרוטציות הנדרשות בכפוף להנחיית המועצה המדעית.
4. עלות התוכנית 115,000 ש"ח לשנה.
5. המתמחה שיתקבל להתמחות ידרש לרכוש ציוד לפי רשימה שתשלח במועד מאוחר יותר (מכשירים, מחשב נייד, מצלמה וכו'). ציוד זה יש לרכוש לפני תחילת ההתמחות והוא ישאר בבעלות המתמחה.
6. ביטוח אחריות מקצועית באחריות המתמחה.
7. מועמד שעבר את המיון הראשוני יופנה למבחני התאמה במכון חיצוני כשעלות הבדיקה חלה עליו.
8. על המועמד להשלים את תיק ההרשמה הכולל מסמכים, אישורים, ותעודות בין התאריכים 15.01.23 ועד 12.02.23 מועד סגירת ההרשמה. יש להגיש את התיק ידנית או באמצעות דואר אלקטרוני למזכירות המחלקה לאורתודונטיה Orthotau@tauex.tau.ac.il בפורמט PDF.
9. ההתמחות תפתח ב-15.10.23.
10. על המתמחה לפתוח פנקס מתמחה במשרדי הר"ש לפני תחילת ההתמחות.