ת מ ו נ ה

טופס הרשמה להתמחות באורתודונטיה

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:_____

פרט ניסיון מעשי ברפואת שיניים:

השכלה	מוסד	ארץ ועיר	שנת התחלה	שנת סיום	תואר
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')

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'		

<u>לטופס ההרשמה יש לצרף</u>

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.

Department of Orthodontics המחלקה לאורתודונטיה

הנני מצהיר הזאת כי כל המידע המפורט לעיל הינו נכון.

תאריך:_____ חתימה:_____

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 $3^1/_2$ 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 (בפורמטPDF) בין התאריכים 19.7.25 ועד 19.10.25 מועד סגירת ההרשמה. יש להגיש את התיק ידנית או באמצעות דואר אלקטרוני לרכזת התמחויות, סגל אקדמי וועדת מינויים, ענבר יוסיפון טלפון 03-6409432 או במייל inbaryosifon@tauex.tau.ac.il

   .
9. ההתמחות תפתח במהלך חודש אפריל 2026.
10. על המתמחה לפתוח פנקס מתמחה במשרדי הר"ש לפני תחילת ההתמחות.