



טופס הרשמה ל: פסיכולוגים.ות קליניים.ות למען דור העתיד

פסיכולוגים.ות קליניים.ות המעוניינים.ות להצטרף למאגר של מטפלים.ות/מדריכים.ות בתעריף מוזל
למתמחים.ות, ומוכנים.ות להקדיש לכך לפחות שעה טיפולית אחת לשבוע, ימלאו את הפרטים הבאים:

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____
כתובת הקליניקה: _____
מס' טלפון נייד: _____ - מס' טלפון נייד: _____
מספר רישיון מומחה: _____ או מספר רישיון מדריך: _____
דוא"ל: _____

אני מעוניין.ת להצטרף לרשימה כ-: [] פסיכולוג.ית מומחה.ית מטפל.ת [] פסיכולוג.ית מדריך.ה

אנא פרטי. שיטות טיפול ובעיות שבהן אתה מתמחה (במידה ואתה מומחה.ית בתחום נוסף מלבד הקליני
ניתן לפרט כאן):

אני מצהיר.ה כי ידוע לי שההתקשרות ביני ובין הפונה היא על אחריותי המקצועית בלבד וכי לא תהיינה לי כל
טענות או תביעות כלפי הפ"י או כל גורם אחר בגין התקשרות זו.

שם מלא _____
חתימה _____
תאריך _____