

מרכז
ויניקוט
בישראל



מרכז לחקר החשיבה הוויניקוט'אנית והעצמאות בסיכואנליזה

טופס הרשמה לתוכנית 'מפת דרכים'

תוכנית בסיס תלת-שנתית ללימודי תעודה בפסיכותרפיה פסיכואנליטית

שנת הלימודים תשע"ח 2017-18

שם פרטי _____ שם משפחה _____

שנת לידה _____ ת.ז. _____

כתובת מגורים (כולל מיקוד) _____

דוא"ל

טלפונים: בית _____ עבודה _____ נייד _____

מקצוע _____ מקום עבודה _____ תפקיד _____

השכלה – (נא לצרף צילומי תעודות)

תואר ראשון

תואר שני

ת.ד. 39323, תל אביב, מיקוד 6139202 טלפקס: 03-6447594

winnicottspace@gmail.com

אחר

הדרכות – נא פרט/י: שם המדריך, מסגרת, משך ההדרכה

ניסיון קודם בעבודה טיפולית- מקום העבודה, היקף מישרה, משך זמן העבודה בו

טיפול- האם עברת או עוברת בהווה טיפול פסיכותרפיוטי? אנא פרט/י

רצוי לרכז את כל הפרטים שבסעיפים אלה במסמך מסודר של קורות חיים מקצועיים מפורטים

- יש לצרף לטופס ההרשמה דמי הרשמה בסך 300 ₪ בהמחאה לפקודת "מרכז וויניקוט בישראל". ניתן לשלם גם באשראי-מצ"ב הטופס לתשלום. דמי ההרשמה לא יוחזרו במקרה של אי-קבלה לתוכנית ואינם חלק משכר הלימוד השנתי.

כמו כן יש לצרף את המסמכים הבאים:

1. קורות חיים אישיים מפורטים.
2. שתי המלצות של מדריכים שתשלחנה על ידם ישירות למזכירות המרכז לדואר או למייל.
3. תעודות, כולל תעודת מומחיות (לפסיכולוגים קליניים ופסיכיאטריים) או אישור על התמחות (למתמחים בפסיכולוגיה קלינית או פסיכיאטריה).
4. אשור עבודה במסגרת מוכרת של בריאות הנפש (לעובדים סוציאליים)
5. תמונת פספורט

המידע והמסמכים שיועברו אלינו יישמרו בסודיות וישמשו לצורך הליכי קבלה ללימודים

בלבד.

לאחר קבלת חומר ההרשמה, יוזמנו המועמדים העונים לקריטריוני הקבלה הראשונים לראיון קבלה.

יש להגיש את טופסי ההרשמה והמסמכים הנדרשים עד ל- 9.4.17.

את המסמכים יש לשלוח לכתובת המרכז המופיעה בדף זה או ישירות למייל

winnicottspace@gmail.com.

חתימה _____ תאריך _____

טופס הרשמה בכרטיס אשראי
נא לשלוח במייל ל: winnicottspace@gmail.com או בפקס: 03-6447594

שם משפחה _____ שם פרטי _____ טלפון: _____

פרטי כרטיס האשראי (לא מקבלים כרטיס אמריקן אקספרס):

שם בעל הכרטיס _____ שם משפחה _____ שם פרטי _____
ת.ז. בעל הכרטיס _____
מספר כרטיס אשראי _____ (לא מקבלים אמריקן אקספרס)
תוקף כרטיס _____ / _____
3 ספרות בגב הכרטיס _____ סוג כרטיס _____
סכום לתשלום 300 ש"ח

מייל למשלוח קבלה: _____

הנני מאשר כי הפרטים דלעיל הם נכונים.

תאריך _____ חתימה _____