



טופס הרשמה ללימודי תעודה למטפלים באמנויות והבעה

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 _____

אחר _____

הדרכות – נא פרטי: שם המדריך, מסגרת, משך ההדרכה



ניסיון קודם בעבודה טיפולית בבריאות הנפש (כולל עבודה מעשית במהלך לימודי תואר שני):

מקום העבודה, היקף מישרה, משך זמן העבודה בו

טיפול: האם עברת או עוברת בהווה טיפול פסיכותרפיוטי? אנה פרטי

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 ויניקוט 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 שתישלחנה על ידם **ישירות** למזכירות מרכז ויניקוט בישראל (אפשר במייל).
3. תעודות על סיום לימודים.
4. אשור עבודה במסגרת מוכרת של בריאות הנפש.

המידע והמסמכים שיועברו אלינו ישמרו בסודיות וישמשו לצורך הליכי קבלה ללימודים בלבד. לאחר קבלת חומר ההרשמה, יוזמנו המועמדים העונים לקריטריוני הקבלה הראשוניים לראיון קבלה.

יש להגיש את טופסי ההרשמה והמסמכים הנדרשים עד ל- 30.5.17

את המסמכים יש לשלוח לכתובת המרכז המופיעה בדף זה או ישירות למייל winnicottspace@gmail.com.

_____ תאריך

_____ חתימה

מרכז
ויניקוט
בישראל



מרכז לחקר החטיבה הוויניקוטיאנית והעצמאית דגסיכואנליזה

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

300 ש"ח

סכום לתשלום

מייל למשלוח קבלה: _____

הנני מאשר כי הפרטים דלעיל הם נכונים.

חתימה _____

תאריך _____

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

winnicottspace@gmail.com