



## טופס בקשה להעתק אישור על ציון בבחינת רישוי ממשלתית

הנני מבקש/ת לקבל העתק אישור על ציון בחינת רישוי, בהתאם לפרטים הבאים.

שם פרטי \* \_\_\_\_\_ שם משפחה \* \_\_\_\_\_

מספר תעודת זהות \* 

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

מספר רישום בפנקס האחיות (מספר רישיון) 

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

נבחנתי בבחינה המסומנת ואני מבקש עליה ציון \* :

אח/ות מעשית/ת

אח/ות מוסמכת/ת

השתלמות מוכרת (על בסיסי) בתחום \_\_\_\_\_

### פרטי התקשרות:

רחוב \* \_\_\_\_\_ מספר \* \_\_\_\_\_ כניסה / מס' דירה \_\_\_\_\_

ישוב \* \_\_\_\_\_ מיקוד \_\_\_\_\_

מייל \* \_\_\_\_\_ @ \_\_\_\_\_

מספר טלפון (קווי) \_\_\_\_\_ נייד \* \_\_\_\_\_

חתימת המבקש/ת \_\_\_\_\_ תאריך \_\_\_\_\_

יש לסרוק/ לצלם את הטופס החתום ולהעביר למייל [siud.test@moh.health.gov.il](mailto:siud.test@moh.health.gov.il)

\*שדה חובה