



Dept. of Occupational Therapy
The Stanley Steyer School
of Health Professions
Sackler Faculty of Medicine
Tel Aviv University

החוג לריפוי בעיסוק
בית הספר למקצועות הבריאות
ע"ש סטנלי שטייר
הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
אוניברסיטת תל אביב

אוקטובר 2018

הנדון: קורס הסמכה למדריכים קליניים בריפוי בעיסוק – ינואר 2019

מרפאה בעיסוק, אחראית, רכזת יקרה,

אנו שמחות לבשר, כי בחודשים ינואר פברואר השנה יפתח מחזור נוסף של קורס הסמכה למדריכים קליניים, בהנחיית צוות ההדרכה הקלינית בחוג ובהשתתפות מרצים אורחים.

מועדים:

יום	תאריך	שעות
ב'	20.1.19	8.30-15.30
ג'	22.1.19	8.30-15.30
ד'	23.1.19	15.00 -20.00
ה'	24.1.19	8.30-15.30
ב'	28.1.19	8.30-15.30
ג'	29.1.19	15.00 -20.00
ד'	30.1.19	8.30-15.30
ה'	31.1.19	15.00 -20.00
ה'	7.3.19	13.00 -16.15

תכנים: הקורס יעסוק בנושאים כמו, מהי הדרכה, תפקידי המדריך, תכנון הדרכה, שיטות הדרכה ועוד.

אמצעים: דיונים, הרצאות, משחקי תפקידים, ניתוחי אירוע, עבודה בקבוצות, משוב והערכה ועוד. לכל משתתפת יוענק קלסר הכולל חומרים תיאורטיים ופרקטיים.



Dept. of Occupational Therapy
The Stanley Steyer School
of Health Professions
Sackler Faculty of Medicine
Tel Aviv University

החוג לריפוי בעיסוק
בית הספר למקצועות הבריאות
ע"ש סטנלי שטייר
הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
אוניברסיטת תל אביב

קריטריונים לקבלה: ניסיון מקצועי של שנתיים לפחות בתחום בו מדריכים ובעלי היקף משרה מתאים להדרכה (לפחות 20 שעות שבועיות). פוטנציאל הדרכה מיטבי לסטודנטיות מאוניברסיטת תל אביב.

תשלום: הקורס יינתן בתמורה להתחייבות המשתתפת להדריך 5 סטודנטיות במהלך שלוש שנים, עם תום הקורס (רצ"ב טופס התחייבות). בנוסף יש להעביר סכום סמלי של 400 שקל שיגבה באמצעות כרטיס אשראי. חברי העמותה הישראלית לריפוי בעיסוק ISOT זכאים להנחה של 5% בשכר לימוד. **על מנת לקבל את ההנחה, יש להמציא קבלה על תשלום דמי רישום לעמותה בשנת קיום הקורס.**

הסכום יוחזר רק במידה ויתקיים אחד מהתנאים הבאים: 1. אי פתיחת הקורס במועד זה 2. אי קבלה לקורס. 3. ביטול השתתפות ע"י המועמדת לא יאוחר מתאריך 31.12.18.

ניתן להשתתף בקורס בתמורה לעלות של 2500 ש"ח ללא התחייבות להדרכה ועל בסיס מקום פנוי.

כיוון שמספר המקומות מוגבל, אנא העבירו אלינו שמות מועמדות - **לא יאוחר מתאריך 15.12.18** בצירוף טופס פרטי המועמדת, בפקס למספר 03-6409933 – עבור עינת אולינקי.

רצ"ב טפסים למילוי: טופס בקשה להשתתפות בקורס הסמכה למדריכים קליניים תשע"ח, טופס התחייבות להדרכת סטודנטים, טופס תשלום. חובה לצרף קורות חיים ותמונה. לצורך הרשמה יש למלא ולהעביר את כל הטפסים.

אנו מודים על שיתוף הפעולה ועל תרומתן להכשרת מרפאות בעיסוק לעתיד

ב ב ר כ ה

עינת אולינקי

אחראית הוראה קלינית

אחראי הדרכה קלינית,

יעל יעקבי	יואב לוריא	יעל קאופמן-כהן	שרת גת
תחום ילדים	תחום פסיכיאטרי/שיקום	תחום פיזיקלי/גריאטרי	תחום קהילה



Dept. of Occupational Therapy
The Stanley Steyer School
of Health Professions
Sackler Faculty of Medicine
Tel Aviv University

החוג לריפוי בעיסוק
בית הספר למקצועות הבריאות
ע"ש סטנלי שטייר
הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
אוניברסיטת תל אביב

תאריך: _____

טופס בקשה להשתתפות בקורס הסמכה למדריכים קליניים תשע"ט

(אנא מלאי את הטופס בשלמותו בתשומת לב ושלחי אותו לפקס – 03-6409933 או בדואר לכתובת:

עינת אולינקי, החוג לריפוי בעיסוק, ביה"ס למקצועות הבריאות ע"ש שטייר, אוניברסיטת ת"א)

פרטים אישיים

שם משפחה _____ שם פרטי _____ ת.ז. _____

כתובת בית _____

מיקוד _____

טלפון בית _____ טלפון _____

נייד _____

דואר אלקטרוני (E-MAIL) _____

מקום עבודה עיקרי _____

מספר שעות עבודה שבועיות _____

תחום בריפוי בעיסוק _____

כתובת מקום העבודה _____



Dept. of Occupational Therapy
The Stanley Steyer School
of Health Professions
Sackler Faculty of Medicine
Tel Aviv University

החוג לריפוי בעיסוק
בית הספר למקצועות הבריאות
ע"ש סטנלי שטייר
הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
אוניברסיטת תל אביב

טלפון _____

מקום עבודה נוסף _____

מספר שעות עבודה שבועיות _____

כתובת מקום העבודה _____ טלפון _____

פרטים על השכלה וניסיון מקצועי

שנת קבלת התואר _____

קורסים מקצועיים והשתלמויות בנושא הדרכה:

ניסיון בהדרכה במסגרות שונות: כן/לא

פרטי: _____

מספר סטודנטיות מת"א שהדרכת ומתי הודרכו (מספר סטודנטיות, שם הסטודנטיות, איזו הכשרה זו, מספר ההתנסות ומקום ההתנסות) _____

ציני את המקומות בהם עבדת בריפוי בעיסוק החל ממקום העבודה הנוכחי:

מקום _____ תפקיד _____ משנת _____ עד _____

מקום _____ תפקיד _____ משנת _____ עד _____

מקום _____ תפקיד _____ משנת _____ עד _____

מקום _____ תפקיד _____ משנת _____ עד _____

תאריך _____



Dept. of Occupational Therapy
The Stanley Steyer School
of Health Professions
Sackler Faculty of Medicine
Tel Aviv University

החוג לריפוי בעיסוק
בית הספר למקצועות הבריאות
ע"ש סטנלי שטייר
הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
אוניברסיטת תל אביב

עינת אולינקי
החוג לריפוי בעיסוק
ביה"ס למקצועות הבריאות ע"ש שטייר
אוניברסיטת תל אביב

הנדון: קורס הסמכה למדריכים תשע"ט ינואר 2019

שם המועמד/ת: _____

עובד/ת בתחום: פיזיקאלי/גריאטרי/פסיכיאטרי/שיקום/ילדים/קהילה
(נא להקיף בעיגול)

מתחייבת בזאת להדריך 5 סטודנטים/ית במהלך שלוש שנים עם תום הקורס ההדרכה.

ידוע לי, כי במידה ולא אעמוד בהתחייבותי זו אשא בהוצאות עלות הקורס באופן יחסי למספר הסטודנטים שהדרכת.

(עלות הקורס היא ₪2,500 ולפיכך ישולם ₪500 בגין כל סטודנט שלא הודרך)

ב ב ר כ ה

1. _____

שם האחראי/ת

חתימת האחראי/ת

מקום העבודה

2. _____

שם המועמד/ת

חתימת המועמד/ת



Dept. of Occupational Therapy
The Stanley Steyer School
of Health Professions
Sackler Faculty of Medicine
Tel Aviv University

החוג לריפוי בעיסוק
בית הספר למקצועות הבריאות
ע"ש סטנלי שטייר
הפקולטה לרפואה ע"ש סאקלר
אוניברסיטת תל אביב

תכנית השתלמויות - טופס הרשמה לקורס הסמכה למדריכים קליניים

שם משפחה	שם פרטי	מס' תעודת זהות
מס' טלפון	טלפון נייד	מס' פקס
חברות בעמותה ישראלית לריפוי בעיסוק בשנים 2018-2019 כן / לא		
e-mail לקבלת הודעות וקבלות		

פרטי התשלום:

תשלום עבור דמי הרשמה ע"ס 400 ₪ יגבה בעת ההרשמה.
קבלה עבור תשלום תשלוח ישירות לכתובת דוא"ל.

מדיניות ביטול:

כל המעוניין לבטל את השתתפותו בקורס, חייב להודיע על כך בכתב שלושה שבועות ממועד תחילת הקורס. על כל ביטול יגבה 50 ₪ דמי טיפול. ביטול במועד מאוחר יותר לא יזכה בהחזר דמי הרשמה ע"ס 400 ₪.

פרטי כרטיס אשראי: שם בעל הכרטיס כפי שמופיע בכרטיס _____

ת.ז. _____

מספר כרטיס: _____ תוקף _____

שלוש ספרות אחרונות על גב הכרטיס (CVV): _____

סכום לתשלום: 400 ₪

הנני מאשר כי הפרטים דלעיל הם נכונים. הפרטים שמסרתי ישמשו לצורך מידע ומשלוח דואר.

הנני מאשר קבלת מסמכים ממוחשבים בדואר אלקטרוני.

תאריך _____ חתימה _____

יש לשלוח את הטופס כשהוא חתום באמצעות
פקס: 03-6409933
או דוא"ל: liakozhi@tauex.tau.ac.il