



מדינת ישראל
משרד החקלאות ופיתוח הכפר
השירותים הווטרינריים ובריאות המקנה, בית-דגן

נוהל רישוי רופאים וטרינרים
לשכת מנהל השירותים הווטרינריים
דף נוהל 1.0

מס' עמודים:	תאריך מהדורה ראשונה	מס' מהדורה:	תאריך עדכון:
12	25/04/2018	01	25/04/2018

1. **רקע:**

1.1. בהתאם לחוק הרופאים הווטרינרים, התשנ"א-1991, רק מי שבידו רישיון, היתר זמני או היתר מוגבל לפי החוק, רשאי לעסוק בדרך של משלח-יד ברפואה וטרינרית. שליחותו של הרופא הווטרינר היא למנוע ולהקל על סבלם של בעלי חיים, למנוע מחלותיהם ולרפא אותם. כמו כן, שליחותו היא לסייע באחזקה התקינה של משק בעלי החיים ולהגן על האדם מפני סכנות ונזקים שמקורם במחלות בעלי חיים או במזון או במוצרי מזון שמקורם בבעלי חיים, ולפעול לשיפור איכותם של מוצרי מזון שמקורם בעלי חיים. איסור העיסוק ברפואה וטרינרית למי שאינו וטרינר אינו בא למנוע מתן עצה או טיפול רפואי שלא במסגרת משלח-יד, או עבודה תחת פיקוחו האישי הישיר של רופא וטרינר.

2. **מטרת הנוהל:**

2.1. הסדרת אופן הנפקת רישיון, היתר זמני או היתר מוגבל לעסוק ברפואה וטרינרית בישראל.

3. **אפיון הנוהל:**

3.1. נוהל חדש.

4. **כניסה לתוקף:**

4.1. 01.05.2018.

5. **אחראים על יישום הנוהל:**

5.1. מנהל השירותים הווטרינריים.

5.2. חברי הוועדה המייעצת.



מדינת ישראל
משרד החקלאות ופיתוח הכפר
השירותים הווטרינריים ובריאות המקנה, בית-דגן

6. קיצורים:

- 6.1. ארה"ב: ארצות הברית של אמריקה;
6.2. בע"ח: בעל חיים;
6.3. דוא"ל: דואר אלקטרוני;
6.4. חו"ל: חוץ לארץ;
6.5. שו"ט: השירותים הווטרינריים ובריאות המקנה במשרד החקלאות ופיתוח הכפר.

7. הגדרות:

- 7.1. "אתר האינטרנט של השו"ט": <http://www.moag.gov.il/vet/Pages/default.aspx>
7.2. "הוועדה המייעצת": הוועדה שהוקמה לפי סעיף 10 לחוק;
7.3. "היתר זמני": היתר זמני לעסוק ברפואה וטרינרית לפי סעיף 16 לחוק למי שלא השלים את התהליך למתן רישיון על פי סעיף 5 לחוק;
7.4. "היתר מוגבל": היתר מוגבל לעיסוק ברפואה וטרינרית למי שאינו אזרח ישראלי או רישיון לישיבת קבע בישראל לפי סעיף 17 לחוק;
7.5. "החוק": חוק הרופאים הווטרינריים, התשנ"א-1991;
7.6. "המועצה המדעית": המועצה המדעית של הסתדרות הרופאים הווטרינריים בישראל;
7.7. "המנהל": מנהל השירותים הווטרינריים במשרד החקלאות ופיתוח הכפר;
7.8. "עיסוק ברפואה וטרינרית": טיפול רפואי בבע"ח למניעת מחלה או ריפוייה, בדיקה, אבחון או ניתוח של בע"ח או מתן מרשם עבורו, ולרבות בדיקה של גוויית בע"ח לשם אבחון מחלה או לשם קביעת היותה ראויה למאכל אדם;
7.9. "רופא וטרינר": מי שמורשה לעסוק ברפואה וטרינרית לפי סעיף 3 לחוק;
7.10. "רישיון": רישיון קבע לעסוק ברפואה וטרינרית לפי סעיף 5 לחוק;
7.11. "תקנות": תקנות הרופאים הווטרינריים (בחירת רישוי), התשנ"א-1991.

פרק א – זכאות להגשת בקשה לרישיון (סעיף 5 לחוק):

8. זכאי להגיש בקשה רק מי שעומד בכל התנאים הבאים:
8.1. אזרח ישראלי או בעל רישיון לישיבת קבע בישראל.
8.2. לא הורשע בישראל בעבירה פלילית שיש בה קלון.



מדינת ישראל
משרד החקלאות ופיתוח הכפר
השירותים הווטרינריים ובריאות המקנה, בית-דגן

- 8.3. בעל השכלה ברפואה וטרינרית כאמור בסעיף 9 לנהל זה.
- 8.4. מי שעמד בבחינות שקבע המנהל, בהתאם לתקנות, זולת אם הוא בעל השכלה ברפואה וטרינרית מפקולטה או בית ספר לרפואה וטרינרית במוסד להשכלה גבוהה בישראל כאמור בסעיף 5(ב)(1) לחוק.
9. **בעל השכלה ברפואה וטרינרית:**
- 9.1. מי שהוענק לו תואר המעיד על סיום חוק לימודיו כרופא וטרינר בפקולטה או בבית ספר לרפואה וטרינרית במוסד להשכלה גבוהה בישראל, ובלבד שהמועצה להשכלה גבוהה הכירה באותו מוסד ובאותו תואר.
- 9.2. מי שסיים את לימודיו ברפואה וטרינרית בפקולטה או בבית ספר לרפואה וטרינרית בחו"ל שהמנהל הכיר בהם וניתנה לו תעודת גמר שהמנהל הכיר בה. הפקולטה או בית הספר לרפואה וטרינרית חייבים לעמוד בקריטריונים הבאים על מנת שיוכרו, בהתאם לעמדת הוועדה המייעצת למנהל:
- 9.2.1. משך הלימודים הינו לפחות 5 שנים במסלול ישיר או לפחות 4 שנים במסלול דו-שלבי (לדוגמא בארה"ב).
- 9.2.2. התואר מקנה היתר/רישיון לעסוק ברפואה וטרינרית במדינה בה התקיימו הלימודים.
- 9.2.3. התוכנית ומסלול הלימודים לתואר ברפואה וטרינרית (לכל אורכם) מוכרים על ידי המועצה להשכלה גבוהה באותה המדינה.
- 9.2.4. לימודי רפואה וטרינרית מתנהלים במוסד הלימוד (נוכחות בכיתה, בסדנת התנסות וכו') ולא בהתכתבות או במסלול של לימודי חוץ.
- 9.3. במידה והמנהל לא שוכנע כי התקיימו התנאים הנדרשים, יעביר את הבקשה לחוות דעת של הוועדה המייעצת, כאמור בסעיף 10(ג) לחוק.
- 9.3.1. הוועדה המייעצת רשאית להזמין את המבקש להתייצב בפניה ולהשיב על שאלות בדבר לימודיו ועיסוקו ברפואה וטרינרית.
- 9.3.2. הוועדה המייעצת לא תמליץ על סירוב למתן רישיון אלא אם כן ניתנה הזדמנות נאותה למבקש להופיע בפניה ולטעון את טענותיו.
- 9.3.3. המנהל יפעל על פי המלצת הוועדה המייעצת אלא אם כן שוכנע, מטעמים שיפורטו, כי אין לקבל את המלצתה.

פרק ב – הגשת בקשה לרישוי בוגרים אשר סיימו את לימודיהם במוסד בישראל (סעיפים 5 ו-10 לחוק):

10. הבקשה תוגש למזכירות הוועדה לעניין בחינת הרישוי:

10.1. באמצעות דוא"ל: vardap@moag.gov.il;

10.2. באמצעות שליחתם בדואר לכתובת:



מדינת ישראל
משרד החקלאות ופיתוח הכפר
השירותים הווטרינריים ובריאות המקנה, בית-דגן

10.2.1. מזכירות ועדת בחינת הרישוי (לידי: ורדה פנוס)

השירותים הווטרינריים ובריאות המקנה

משרד החקלאות ופיתוח הכפר

ת.ד. 12, בית דגן 5025001

10.3. או באמצעות מסירה ישירה למזכירות לאחר תיאום טלפוני: 03-9681626.

11. המסמכים שיוגשו יהיו קריאים וברורים.

12. הבקשה תוגש בצירוף המסמכים הבאים:

12.1. טופס בקשה לקבלת רישיון/היתר זמני לרופאים וטרינרים, כמפורט בנספח 1 לנוהל זה.

12.2. תעודת גמר (דיפלומה) לימודי רפואה וטרינרית (העתקים/צילומים יש לאשר על ידי עורך דין כנאמן למקור).

12.3. על אף האמור בסעיף 12.2 לנוהל זה, בוגר אשר טרם קיבל את תעודת הגמר (דיפלומה), אך יש בידי את כל המסמכים

הבאים, יוכל להגישם למזכירות במקום תעודת גמר:

12.3.1. אישור זכאות לתואר חתום;

12.3.2. אישור על סיום ההכשרה הקלינית;

12.3.3. מכתב חתום על ידי מנהל המוסד בו למד, המאשר כי הוענק למבקש תואר דוקטור לרפואה וטרינרית לאחר שסיים

את חוק לימודיו ומילא את כל חובותיו.

12.4. **צילום בצבע** של תעודת זהות ישראלית או רישיון לשיבת קבע בישראל.

12.5. טופס הסכמה למסירת מידע מן המרשם הפלילי שבמשטרת ישראל כמפורט בנספח 2 לנוהל זה.

12.6. אישור תשלום אגרה בעד רישיון. את אגרת הרישיון ניתן לשלם ב:

12.6.1. בגזברות השו"ט, בטלפון: 03-9681656;

12.6.2. באתר האינטרנט של השו"ט:

<https://ecom.gov.il/Counter/general/homepage.aspx?counter=51&catalog=4&category=VeterinariansWarrant&language=he>

13. החלטה בדבר הבקשה לקבלת רישיון:

12.1. המנהל ייתן את החלטתו למתן רישיון לעסוק ברפואה וטרינרית לא יאוחר מתום 6 חודשים מיום הגשת הבקשה.

12.2. מי שעמד בכל התנאים בפרק א' לנוהל זה, הגיש את המסמכים המפורטים בסעיף 12 לנוהל זה ובקשתו אושרה על ידי

המנהל, יוכל לתאם את מועד קבלת הרישיון עם מזכירות הוועדה שפרטי ההתקשרות עמה מפורטים בסעיף 10 לנוהל זה.



מדינת ישראל
משרד החקלאות ופיתוח הכפר
השירותים הווטרינריים ובריאות המקנה, בית-דגן

פרק ג – הגשת בקשה לרישוי בוגרים אשר סיימו את לימודיהם במוסד בחו"ל (סעיפים 5, 10 ו-16 לחוק):

14. הבקשה תוגש למזכירות הוועדה לעניין בחינת הרישוי כמפורט בסעיפים 10 ו-11 לנוהל זה.

15. הבקשה תוגש בצירוף המסמכים הבאים:

15.1. טופס בקשה לקבלת רישיון/היתר זמני לרופאים וטרינרים, כמפורט בנספח 1 לנוהל זה.

15.2. תעודת גמר (דיפלומה) לימודי רפואה וטרינרית (העתקים/צילומים יש לאשר על ידי עורך דין כנאמן למקור). במידה

ותעודת הגמר אינה בעברית או באנגלית, יש לצרף תרגומים לעברית, מאושרים על ידי נוטריון.

15.3. **צילום בצבע** של תעודת זהות ישראלית או רישיון לישיבת קבע בישראל. יובהר כי, מי שאינו אזרח ישראלי או בעל

רישיון לישיבת קבע בישראל, לא יוכל לקבל רישיון לעסוק ברפואה וטרינרית בישראל, אך יוכל לקבל היתר

מוגבל כמפורט בפרק ד' לנוהל זה.

15.4. טופס הסכמה למסירת מידע מן המרשם הפלילי שבמשטרת ישראל כמפורט בנספח 2 לנוהל זה.

15.5. טופס בירור כניסות ויציאות מהארץ מאתר האינטרנט של משרד הפנים:

<https://forms.gov.il/globaldata/getsequence/gethtmlform.aspx?formType=mr31bg@moin.gov.il>

15.6. אישור תשלום אגרה בעד רישיון כמפורט בסעיף 12.6 לנוהל זה.

פרק ד – הגשת בקשה לקבלת היתר זמני (סעיף 16 לחוק):

16. היתר זמני יינתן למי שעמד בכל התנאים המפורטים בסעיף 8 לנוהל זה, למעט סעיף 8.4 ובכפוף לתנאים הבאים:

16.1. הבקשה לקבלת היתר זמני, תוגש בצירוף המסמכים המפורטים ב:

16.1.1. פרק ב' לבוגרים אשר סיימו את לימודיהם במוסד בישראל;

16.1.2. פרק ג' לבוגרים אשר סיימו את לימודיהם במוסד בחו"ל.

16.2. יובהר בזאת כי, **תוקף ההיתר הזמני לא יעלה על תקופה של 6 חודשים.**

16.3. המנהל רשאי להאריך את תוקף ההיתר הזמני 4 פעמים בלבד, לתקופה שלא תעלה על 6 חודשים בכל פעם, ולמשך

מצטבר שלא יעלה על יותר מ-30 חודשים מיום כניסת ההיתר הזמני הראשון לתוקף.

16.4. אם המבקש ניגש לבחינת הרישוי אך לא עבר אותה ותוקף ההיתר הזמני אשר בידו פג, עליו ליצור קשר עם מזכירת

הוועדה לעניין בחינת הרישוי, לצורך חידוש ההיתר הזמני ובתנאי שלא חלפו התנאים המפורטים בסעיף 16.3 לנוהל זה.

16.5. במידה שחלפו 30 חודשים בהם החזיק בהיתר זמני, והמבקש לא עבר את בחינת הרישוי, או בכל מקרה אחר בו פקע

תוקפו של ההיתר הזמני ולא חודש, על המבקש לחדול מכל פעילות הקשורה לעיסוק ברפואה וטרינרית ולהחזיר את

ההיתר הזמני אשר בידו ביום פקיעת תקפו, לידי מזכירת הוועדה לעניין בחינת הרישוי.



מדינת ישראל
משרד החקלאות ופיתוח הכפר
השירותים הווטרינריים ובריאות המקנה, בית-דגן

16.6. הארכת ההיתר תבוצע על ידי מזכירת הוועדה לעניין בחינת הרישוי.

17. **הוראות מעבר:**

17.1. ניתן היתר זמני טרם מועד פרסום נוהל זה, יפוג ההיתר הזמני במועד שנקבע בו, גם אם ניתן לתקופה העולה על 6 חודשים. לאחר פקיעת תוקפו וככל שיחודש, יחודש ההיתר הזמני למשך תקופות שלא יעלו על 6 חודשים, על פי נוהל זה;

17.2. מניין 30 החודשים לסך כל תקופות ההיתר הזמני יחל עם מועד פרסום נוהל זה, באופן שהיתרים זמניים שניתנו טרם פרסום נוהל זה לא יבואו במניין 30 החודשים.

18. **לגבי מי שאינו אזרח ישראלי או בעל רישיון לישיבת קבע בישראל ומצוי בתהליך התאזרחות ונתקיימו בו כל התנאים לפי פרק א' לנוהל זה (למעט סעיף 8.1) והגיש את הבקשה לפי פרק ג' לנוהל זה, יוכל המבקש לקבל היתר זמני, ככל מועמד, עד לתקופה מצטברת של 30 חודשים מעבר ל-30 החודשים האמורים לעיל לגבי מי שלא עומד בתנאי סעיף 8.4 לנוהל זה.**

פרק ה – הגשת בקשה לקבלת היתר מוגבל (סעיפים 5 ו-16 לחוק):

19. היתר מוגבל יוענק למי שאינו אזרח ישראלי או בעל רישיון לישיבת קבע בישראל, ובלבד שהתקיימו בו התנאים שבסעיף 8 לנוהל זה למעט סעיף 8.1 והוא הגיע לישראל למטרת עיסוק בהוראה, מחקר או ייעוץ ברפואה וטרינרית בלבד.

20. הבקשה תוגש למזכירות הוועדה לעניין בחינת הרישוי כמפורט בסעיפים 10 ו-11 לנוהל זה.

21. את הבקשה יש לשלוח מראש, לפחות שבועיים טרם תחילת העיסוק ברפואה וטרינרית בישראל.

22. הבקשה תוגש בצירוף המסמכים הבאים:

22.1. טופס בקשה לקבלת רישיון/היתר זמני/היתר מוגבל לרופאים וטרינרים, כמפורט בנספח 1 לנוהל זה.

22.2. תעודת גמר (דיפלומה) לימודי רפואה וטרינרית (העתקים/צילומים יש לאשר על ידי עורך דין כנאמן למקור).

22.3. **צילום בצבע** של הדרכון.

22.4. אישור מטעם הגוף המעסיק אשר מעיד על העסקת המבקש בהוראה, במחקר או בייעוץ ברפואה וטרינרית.

23. **החלטה בדבר הבקשה לקבלת היתר מוגבל:**

23.1. המנהל רשאי להגביל את תקפו של היתר לפי סעיף זה לזמן, לענף רפואי וטרינרי או למקום, וכן רשאי הוא לקבוע תנאים וסייגים אחרים ככל שייראה לו.

23.2. אושרה הבקשה על ידי המנהל, יוכל לתאם המבקש מועד לקבלת ההיתר המוגבל עם מזכירות הוועדה לעניין בחינת הרישוי שפרטי ההתקשרות עמה מפורטים בסעיף 10 לנוהל זה.

23.3. יודגש כי המבקש לא יתחיל לעסוק בהוראה, במחקר או בייעוץ ברפואה וטרינרית, בטרם יימסר לו ההיתר המוגבל.



מדינת ישראל
משרד החקלאות ופיתוח הכפר
השירותים הווטרינריים ובריאות המקנה, בית-דגן

פרק ו – נהלים כלליים:

24. מידע לגבי בחינת הרישוי, ניתן למצוא באתר האינטרנט של השו"ט:

http://www.moag.gov.il/vet/shirutim/rishyonot/Rishui/behinat_rishuy_rofhim_hul/Pages/default.aspx

25. אין הגבלה למספר בחינות הרישוי אליהן ניתן לגשת.

26. המנהל ייתן את החלטתו בבקשה למתן רישיון לעסוק ברפואה וטרינרית לא יאוחר מתום 6 חודשים מיום הגשת הבקשה.

27. אזכורים ואסמכתאות:

27.1. חוק הרופאים הווטרינרים, התשנ"א-1991.


27.2. תקנות הרופאים הווטרינריים (בחינת רישוי), התשנ"א-1991.

27.3. צו הרופאים הווטרינרים (אגרות), התשנ"ג-1993.

28. נספחים:

28.1. נספח 1: טופס בקשה לקבלת רישיון/היתר זמני/היתר מוגבל לרופאים וטרינרים.

28.2. נספח 2: טופס הסכמה למסירת מידע מן המרשם הפלילי במשטרת ישראל.

	תפקיד:	כותבי הנוהל:
<p>חתימה ותאריך: 25.04.18</p> 	<p>יו"ר הוועדה המייעצת לעניין רישוי רופאים וטרינרים מנהלת לשכת מנהל השירותים הווטרינריים נציג מנהל השו"ט לעניין חוק הרופאים הווטרינרים</p>	<p>ד"ר בוריס יעקובסון סיגל זילברמן ד"ר נדב דוידוביץ</p> <p>מאשר הנוהל: ד"ר מישל בלאיש</p>



מדינת ישראל
משרד החקלאות ופיתוח הכפר
השירותים הווטרינריים ובריאות המקנה, בית-דגן

נספח 1: טופס בקשה לקבלת רישיון/היתר זמני/היתר מוגבל* לרופאים וטרינרים

* הקף בעיגול את נכון או מחק את המיותר

Appendix 1: License/temporary permit/limited permit application form

*Please circle the correct or delete the unnecessary

לכבוד:

To:

The Director of Veterinary Services
 The Veterinary Services and Animal Health
 The Ministry of Agriculture and Rural Development
 P.O.B. 12, Bet Dagan 5025001

מנהל השירותים הווטרינריים
 השירותים הווטרינריים ובריאות המקנה
 משרד החקלאות ופיתוח הכפר
 ת.ד. 12, בית דגן 5025001

1. פרטים אישיים (Personal information):

מס' תעודת זהות / דרכון: (ID / passport number)	שם פרטי ושם משפחה באנגלית: First name and last name in) (English)	שם פרטי ושם משפחה בעברית: First name and last name in) (Hebrew)
מס' נייד: (Mobile phone number)	שם האב באנגלית: (Father's name in English)	שם האב בעברית: (Father's name in Hebrew)
דואר אלקטרוני: (E-mail)	שם הקודם באנגלית: (Previous name in Hebrew)	שם הקודם בעברית: (Previous name in Hebrew)



מדינת ישראל
משרד החקלאות ופיתוח הכפר
השירותים הווטרינריים ובריאות המקנה, בית-דגן

שם פרטי ושם משפחה בעברית: First name and last name in) (Hebrew	שם פרטי ושם משפחה באנגלית: First name and last name in) (English	מס' תעודת זהות / דרכון: (ID / passport number)
תאריך הלידה: (Date of birth)	ארץ לידה: (Country of birth)	עיר לידה: (City of birth)
תאריך עלייה לישראל: (Date of immigration to Israel)	שם המדינה ממנה עלית לישראל: (Name of the country from which you immigrated to Israel)	אזרחות נוכחית (וקודמת במידה ויש): (Current citizenship and additional if there is one)
כתובת מגורים: (Address)	שם הרחוב ומספר בית: (Street name and house number)	מיקוד: (Postal code)

2. השכלה (Education):

תיכונית (High school)		
שם המדינה: (Country name)	שם העיר: (City name)	מס' שנים: (Number of years)



מדינת ישראל
משרד החקלאות ופיתוח הכפר
השירותים הווטרינריים ובריאות המקנה, בית-דגן

תיכונית (High school)		
רפואה וטרינרית (Veterinary Medicine)		
שם העיר: (City name)	שם המדינה: (Country name)	שם האוני' או ביה"ס שהעניקו הדיפלומה: (Name of the University or medical school)
סה"כ שנות לימוד: (Total years of schooling)	תאריך סיום לימודים: (Date of ending of studies)	תאריך תחילת לימודים: (Date of commencement of studies)
תאריך קבלת הדיפלומה: (Date of graduation)	שם התואר כפי שמופיע בדיפלומה: (Name of the degree as it appears in the diploma)	
לימודי רפואה וטרינרית במוסדות אחרים לפני מתן הדיפלומה (פרט/י בדיוק את השנים האקדמיות או הסמסטרים וציון/י לכל אחד את שם האוניברסיטה או בית-הספר) (Veterinary medicine studies in other institutions prior to the granting of the diploma) (Specify exactly the academic years or semesters, and give each one of them the name of the university or school)		



מדינת ישראל
משרד החקלאות ופיתוח הכפר
השירותים הווטרינריים ובריאות המקנה, בית-דגן

תיכונית (High school)

3. לימודים גבוהים במקצועות אחרים (Higher education in other occupations):

תואר ראשון (Bachelor)		
שם המוסד: (Name of the institute)	שם המדינה והעיר: (Name of the country and city)	תאריך קבלת הדיפלומה: (Date of graduation)
תואר שני (Master)		
שם המוסד: (Name of the institute)	שם המדינה והעיר: (Name of the country and city)	תאריך קבלת הדיפלומה: (Date of graduation)
תואר שלישי (PhD)		
שם המוסד: (Name of the institute)	שם המדינה והעיר: (Name of the country and city)	תאריך קבלת הדיפלומה: (Date of graduation)
אחר (Other)		
שם התואר והמוסד: (Name of the institute)	שם המדינה והעיר: (Name of the country and city)	תאריך קבלת הדיפלומה: (Date of graduation)



מדינת ישראל
משרד החקלאות ופיתוח הכפר
השירותים הווטרינריים ובריאות המקנה, בית-דגן

תואר ראשון (Bachelor)		

4. רישיון עבודה ברפואה וטרינרית ומומחיות (Licensure in Veterinary Medicine and Specialization):

האם קיבלת רישיון עבודה ברפואה וטרינרית בחו"ל? (Have you received a work permit in veterinary medicine abroad?)		
Yes/כן	No/לא	
תאריך קבלת הרישיון: (Date of receipt of license)	שם המדינה: (Name of the country)	
האם הוכרת כמומחה בתחום מסוים ברפואה וטרינרית? (Have you been recognized as an expert in a particular field of veterinary medicine?)		
תאריך קבלת התואר: (Date of graduation)	שם המוסד, שם המדינה: Name of the Institute and) (country)	התחום ושם התואר: Field of specialization and name of the) (degree)
האם קבלת תארים או דיפלומות נוספים? (Have you got other degrees or diplomas?)		
תאריך קבלת התואר: (Date of graduation)	שם המדינה: (Name of the country)	שם התואר ושם המוסד: Name of the institute and name of the) (degree)



מדינת ישראל
משרד החקלאות ופיתוח הכפר
השירותים הווטרינריים ובריאות המקנה, בית-דגן

5. תעסוקה (Employment):

מתאריך עד תאריך: (From date to date)	תפקיד: (Role)	שם המוסד וכתובתו: (Name of the Institute and address)

6. נתונים כלליים (General information):

באילו שפות את/ה שולט/ת? (What languages do you speak?)	
האם הורשעת במשפט בנושאים מקצועיים או בנושאי אתיקה של המקצוע? * הקף בעיגול את נכון או מחק את המיותר (Have you ever been condemned of professional or ethical issues?) (*Please circle the correct or delete the unnecessary)	
Yes/כן	No/לא
האם נשלל או הותלה רישיוןך במדינה ממנה באת או במדינה אחרת? * הקף בעיגול את נכון או מחק את המיותר (Was your license revoked or suspended in the country you came from or in another country) (*Please circle the correct or delete the unnecessary)	



מדינת ישראל
משרד החקלאות ופיתוח הכפר
השירותים הווטרינריים ובריאות המקנה, בית-דגן

באילו שפות את/ה שולט/ת? (What languages do you speak?)	
Yes/כן Please specify where / נא פרט היכן	No/לא

7. הצהרה (Declaration):

7.1 אני מצהיר בזאת כי כל המסמכים שצורפו לבקשה זו נכונים ומסכים לכך שמשרד החקלאות ופיתוח הכפר ו/או מי מטעמו יבדקו בכל עת את נכונות ההצהרה דלעיל ואת נכונות המסמכים שצרפתי לבקשה;

I hereby declare that all documents attached to this application form are correct and agree that the Ministry of Agriculture and Rural Development and or anyone acting on its behalf will at any time examine the correctness of the above declaration and the accuracy of the documents I attached to the application form;

7.2 ידוע לי כי לטופס זה, עלי לצרף העתקים או צילומים של הדיפלומות, תעודות גמר ותארים שצוינו מעלה, כאשר הם מאושרים על ידי עו"ד, נוטריון או נציגות קונסולרית ישראלית. אם התעודות המקוריות אינן כתובות בעברית או באנגלית, יש לתרגם אותן לעברית. נכונות או דיוק התרגום צריכים להיות מאושרים על ידי נוטריון או עו"ד ישראלי ובשפה ממנה תורגם המקור, או ע"י נציגות דיפלומטית מתאימה.

I am aware that I must attach copies or photocopies of the diplomas, degree certificates mentioned above, when they are approved by an Israeli attorney, Notary or consular representative. If the original documents are not written in Hebrew or English, they should be translated into Hebrew. The correctness or accuracy of the translation must be approved by a notary or an Israeli attorney and in the language from which the source was translated, or by an appropriate diplomatic representation.

שם פרטי ומשפחה (First name and last name): _____ תאריך (Date): _____

חתימה (Signature): _____



מדינת ישראל
משרד החקלאות ופיתוח הכפר
השירותים הווטרינריים ובריאות המקנה, בית-דגן

נספח 2: טופס הסכמה למסירת מידע מן המרשם הפלילי במשטרת ישראל

לכבוד:

מנהל השירותים הווטרינריים
השירותים הווטרינריים ובריאות המקנה
משרד החקלאות ופיתוח הכפר
ת.ד. 12, בית דגן 5025001

1. אני החתום/ה מטה, מסכים/ה בזאת לכך שמשטרת ישראל תמסור למנהל השירותים הווטרינריים במשרד החקלאות ופיתוח הכפר, מידע מן המרשם הפלילי לצורך הטיפול בבקשתי לקבלת רישיון לעסוק ברפואה וטרינרית.

2. פרטים אישיים:

שם פרטי:	שם משפחה:	מס' תעודת זהות:
תאריך לידה:	שם האב:	מס' נידד:
כתובת מגורים:	שם הרחוב ומספר בית:	מיקוד:

חתימה: _____ תאריך: _____