

**הסמכת ORA - אקטואר סיכונים תפעוליים**  
הסמכת "אקטואר סיכונים תפעוליים" (ORA- Operational Risk Actuary) של לשכת מעריכי השווי והאקטוארים הפיננסיים בישראל (IAVFA) מהווה את הסטנדרט הגבוה והראוי ביותר בקרב אנשי המקצוע בישראל העוסקים בתחום המיפוי, המידול, המדידה וניהול הסיכונים התפעוליים, סיכוני הנזילות, סיכוני המודל והסיכונים האינטגרטיביים.

## טופס בקשה להסמכת ה- ORA

אנא מלא את המידע שלמטה: שמך המלא, תפקידך, החברה שבה אתה עובד וכתובת הדוא"ל שלך בדיוק כפי שאתה רוצה שיופיעו בדף "חברי הלשכה" באתר הלשכה וכן שמך המלא באנגלית (ב- Capital Letters) כפי שאתה רוצה שיופיע בתעודת ההסמכה שלך. בנוסף, יש לצרף חיים ותמונת פספורט עדכניים וצילומים של כל התארים האקדמיים, הרישיונות וההסמכות המקצועיות שהינך מחזיק בהם.

מספר חבר ב- IAVFA: \_\_\_\_\_

### חלק א

שם פרטי ושם משפחה (עברית): \_\_\_\_\_  
שם פרטי ושם משפחה (אנגלית): \_\_\_\_\_  
בעל הסמכות: \_\_\_\_\_  
שם החברה: \_\_\_\_\_ דוא"ל: \_\_\_\_\_  
אתר האינטרנט של החברה: \_\_\_\_\_  
כתובת: \_\_\_\_\_  
מדינה: \_\_\_\_\_ עיר: \_\_\_\_\_ מיקוד: \_\_\_\_\_  
טלפון: \_\_\_\_\_ נייד: \_\_\_\_\_ פקס: \_\_\_\_\_  
תפקיד בחברה: \_\_\_\_\_  
תחומי התמחות: \_\_\_\_\_  
חתימת המבקש\*: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_

\*בחתימתך הינך מתיר ללשכת מעריכי השווי והאקטוארים הפיננסיים בישראל (IAVFA) לאמת את הפרטים שציינת ומאפשר ל- IAVFA ליצור עמך קשר בעתיד. IAVFA לא תחשוף או תחלוק את המידע לעיל עם צדדים שלישיים ותשמור על סודיות פרטיך.

### חלק ב

אני חבר מן המניין ב- IAVFA:

כן




לא

אני מעוניין להגיש בקשת חברות

 [WWW.IAVFA.ORG](http://WWW.IAVFA.ORG)



רחוב נתן ברניצקי 5, ראשון לציון 7524205, ישראל

 077-5070590  153-77-5070590  IAVFA1020@GMAIL.COM

## חלק ג

### ממליצים:

מהות הקשר (מעסיק/שותף/לקוח): \_\_\_\_\_ איש הקשר: \_\_\_\_\_

חברה: \_\_\_\_\_ תפקיד: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_

מדינה: \_\_\_\_\_ עיר: \_\_\_\_\_ מיקוד: \_\_\_\_\_

טלפון: \_\_\_\_\_ נייד: \_\_\_\_\_ פקס: \_\_\_\_\_

מהות הקשר (מעסיק/שותף/לקוח): \_\_\_\_\_ איש הקשר: \_\_\_\_\_

חברה: \_\_\_\_\_ תפקיד: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_

מדינה: \_\_\_\_\_ עיר: \_\_\_\_\_ מיקוד: \_\_\_\_\_

טלפון: \_\_\_\_\_ נייד: \_\_\_\_\_ פקס: \_\_\_\_\_

מהות הקשר (מעסיק/שותף/לקוח): \_\_\_\_\_ איש הקשר: \_\_\_\_\_

חברה: \_\_\_\_\_ תפקיד: \_\_\_\_\_

כתובת: \_\_\_\_\_

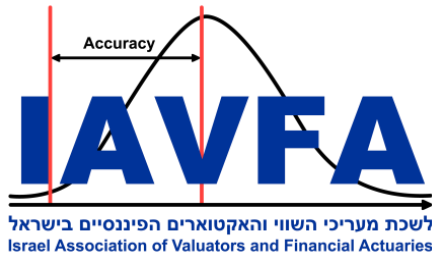
מדינה: \_\_\_\_\_ עיר: \_\_\_\_\_ מיקוד: \_\_\_\_\_

טלפון: \_\_\_\_\_ נייד: \_\_\_\_\_ פקס: \_\_\_\_\_

## חלק ד

צירפתי קורות חיים ותמונת פספורט עדכניים לבקשה זו.





## חלק ה

אם הינך בעל אחת מההסמכות השקולות הבאות, אנא השלם חלק זה וצרף את צילומי התעודות המעידות על כלל ההסמכות שהינך מחזיק בהם:

"מנהל סיכונים פיננסיים" (FRM®- Financial Risk Manager) של האיגוד העולמי למומחי סיכונים (GARP- Global Association of Risk Professionals)

"מנהל סיכונים מומחה" (PRM™- Professional Risk Manager) של האיגוד הבינלאומי למנהלי סיכונים מומחים (PRMIA- Professional Risk Managers' International Association)


אני בעל הסמכת \_\_\_\_\_ מטעם \_\_\_\_\_  
מספר הסמכה: \_\_\_\_\_ שנת קבלת ההסמכה: \_\_\_\_\_  
אני בעל הסמכת \_\_\_\_\_ מטעם \_\_\_\_\_  
מספר הסמכה: \_\_\_\_\_ שנת קבלת ההסמכה: \_\_\_\_\_  
אני בעל הסמכת \_\_\_\_\_ מטעם \_\_\_\_\_  
מספר הסמכה: \_\_\_\_\_ שנת קבלת ההסמכה: \_\_\_\_\_

## חלק ו

אם יש ברשותך תארים פיננסיים\*, אנא השלם חלק זה וצרף את צילומי התעודות המעידות על כלל התארים האקדמיים שהינך מחזיק בהם.




אני בעל תואר (ראשון/שני/שלישי) \_\_\_\_\_ ב- \_\_\_\_\_  
עם התמחות ב- \_\_\_\_\_  
מטעם \_\_\_\_\_ שנת קבלת התואר: \_\_\_\_\_  
אני בעל תואר (ראשון/שני/שלישי) \_\_\_\_\_ ב- \_\_\_\_\_  
עם התמחות ב- \_\_\_\_\_  
מטעם \_\_\_\_\_ שנת קבלת התואר: \_\_\_\_\_  
אני בעל תואר (ראשון/שני/שלישי) \_\_\_\_\_ ב- \_\_\_\_\_  
עם התמחות ב- \_\_\_\_\_  
מטעם \_\_\_\_\_ שנת קבלת התואר: \_\_\_\_\_

\*תואר פיננסי (כגון: כלכלה, מימון, מנהל עסקים, ניהול, חשבונאות, או תחום פיננסי אחר) ראשון/שני/שלישי מאוניברסיטה או ממכללה אקדמית מוכרת.

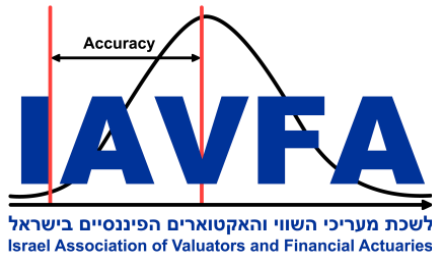
 [WWW.IAVFA.ORG](http://WWW.IAVFA.ORG)



רחוב נתן ברניצקי 5, ראשון לציון 7524205, ישראל

 077-5070590  153-77-5070590  IAVFA1020@GMAIL.COM





## חלק ח

### דמי טיפול ודמי הסמכה

דמי הטיפול אינם מוחזרים. עם זאת, במידה ובקשתך לקבלת ההסמכה האמורה לא תאושר על ידי ועדת ההסמכה – תזכה להחזר מלא של דמי ההסמכה.

דמי טיפול ..... 500 ש"ח + מע"מ  
דמי הסמכה ..... 2,500 ש"ח + מע"מ



סה"כ לתשלום

## חלק ט

תשלום באמצעות העברה בנקאית לבנק הפועלים (12), סניף כצנלסון (572), מספר חשבון 489498

בחתימתך על טופס זה, אתה מאשר ל- IAVFA לאמת את המידע לעיל באמצעות דואר אלקטרוני או בפקס ולהשתמש בו גם להתקשרויות עתידיות. IAVFA לא תחשוף ו/או תחלוק את המידע הנ"ל עם צדדים שלישיים.

חתימה: \_\_\_\_\_ תאריך: \_\_\_\_\_


## נא לשלוח את הטופס באמצעות דוא"ל, בפקס או בדואר לכתובת

לשכת מעריכי השווי והאקטוארים הפיננסיים בישראל

כתובת למשלוח דואר: רחוב נתן ברניצקי 5, ראשון לציון 7524205




פקס: 153-77-507-0590

דוא"ל: IAVFA1020@GMAIL.COM

 [WWW.IAVFA.ORG](http://WWW.IAVFA.ORG)



רחוב נתן ברניצקי 5, ראשון לציון 7524205, ישראל

 077-5070590  153-77-5070590  IAVFA1020@GMAIL.COM