

העמותה הישראלית למניעה, טיפול ומחקר בהפרעות אכילה (ע"ר)
IAED – Israeli Association of Eating Disorders



(ע"ר 038886 – 58)

בקשה להתקבל כחבר עמותה.

אני _____
שם פרטי _____
שם משפחה _____
מס' ת.ז. _____

מבקש להיות חבר בעמותה הישראלית לטיפול, מחקר ומניעה של הפרעות אכילה.

- חבר.
 חבר מדריך. הנני חבר בעמותה מתאריך: _____
 חבר גלווה.

מטרות העמותה ותקנון העמותה ידועים לי. אם אתקבל כחבר בה, אני מתחייב לקיים את הוראות התקנון ואת החלטות האסיפה הכללית של העמותה.

תאריך _____
חתימה _____

א. פרטים אישיים:

שם פרטי: _____ שם משפחה: _____

מין - ז / נ. תאריך לידה: _____

כתובת בבית: _____

כתובת בעבודה: _____

טלפון בית: _____ טלפון עבודה: _____

טלפון נייד: _____ דוא"ל: _____

ב. השכלה:

מקצוע: _____

תואר אקדמי: _____

הוענק מטעם: שם המוסד: _____ תאריך: _____

מומחיות: _____

מספר תעודה במשרד הבריאות: _____

לימודים אקדמיים נוספים:

שם המוסד: _____ החוג: _____

הנושא: _____ תואר: _____

(נא לצרף אישורים מתאימים).

ג. הכשרה תיאורטית בהפרעות אכילה:

שם המוסד: _____ החוג: _____

הקף הכשרה: _____ תאריך סיום: _____

(נא לצרף אישורים מתאימים וסילבוס הלימודים).

ד. ניסיון קליני:

1. שם המסגרת: _____ כתובת: _____

התפקיד: _____ תאריכים: _____

היקף העבודה: _____ שם המדריך*: _____

2. שם המסגרת: _____ כתובת: _____

התפקיד: _____ תאריכים: _____

היקף העבודה: _____ שם המדריך*: _____

(נא לצרף אישור ממנהל המרפאה / מחלקה + עלון מידע על המסגרת הטיפולית).

* חבר- מדריך בעמותה.

ה. המלצות:

1. שם הממליץ _____ מקצוע: _____

מעמד בעמותה: _____ טלפון: _____

2. שם הממליץ _____ מקצוע: _____

מעמד בעמותה: _____ טלפון: _____

העמותה הישראלית למניעה, טיפול ומחקר בהפרעות אכילה (ע"ר)
IAED – Israeli Association of Eating Disorders



(ע"ר 038886 – 58)

תאריך: _____

שם המועמד/ת: _____

מקצוע: _____

שם הממליץ/ה: _____ מקצוע: _____

מקום העבודה: _____ טלפון: _____

דוא"ל: _____

המסגרת או מקום העבודה בו הכיר/ה הממליץ/ה את המועמד/ת:

טיב הקשר בין הממליץ/ה והמועמד/ת (מדריך, קולגה, אחר):

ההמלצה: (ניתן לצרף המלצה מודפסת): _____

מהי, לדעתך, מידת הידע שיש למועמד/ת בנושאים הקשורים בהפרעות אכילה:

מועט. סביר. טוב. מעולה.

מהי, לדעתך, מידת היכולת הטיפולית של המועמד/ת:

מועטה. סבירה. טובה. מעולה.

מהי, לדעתך, מידת היכולת של המועמד/ת לעבוד בצוות:

מועטה. סבירה. טובה. מעולה.

מהי, לדעתך, מידת היכולת של המועמד/ת להדריך וללמד אנשי מקצוע צעירים:

מועטה. סבירה. טובה. מעולה.

מהי, לדעתך, מידת המחויבות האישית והמקצועית של המועמד/ת:

מועטה. סבירה. טובה. מעולה.

אני ממליצה/ה לקבל את המועמד/ת כחבר/ה בעמותה.

אני ממליצה/ה לקבל את המועמד/ת כחבר/ה-מדריכ/ה בעמותה.

אני ממליצה/ה לקבל את המועמד/ת כחבר/ה-נלווה בעמותה.

שם הממליץ: _____

חתימה: _____

תאריך: _____

העמותה הישראלית למניעה, טיפול ומחקר בהפרעות אכילה (ע"ר)
IAED – Israeli Association of Eating Disorders



(ע"ר 038886 – 58)

שם המועמד/ת: _____ תאריך: _____

מקצוע: _____ מקום עבודה: _____

שם הממליץ/ה: _____ מקצוע: _____

מקום העבודה: _____ טלפון: _____

דוא"ל: _____

חבר/ה בעמותה מתאריך: _____

המסגרת או מקום העבודה בו הכיר/ה הממליץ/ה את המועמד/ת:

הנימוקים להענקת התואר למועמד/ת (תרומתו הייחודית לטיפול, חקר ומניעה של הפרעות אכילה):

שם הממליץ: _____

חתימה: _____

תאריך: _____

העמותה הישראלית למניעה, טיפול ומחקר בהפרעות אכילה (ע"ר)
IAED – Israeli Association of Eating Disorders



(ע"ר 038886 – 58)

תאריך: _____

עבור:

שם מלא: _____

ת.ז. _____

הננו להודיעך כי בישיבתה ביום _____ החליטה ועדת ההסמכה:

לא לקבל את מועמדותך לחברות בעמותה.

לא לקבל את מועמדותך לחברות והדרכה בעמותה.

הנימוקים:

הנך רשאי/ת לערער על החלטה זו בפני ועד העמותה.

לקבל את מועמדותך לחברות בעמותה.

לקבל את מועמדותך לחברות והדרכה בעמותה.

חברותך תהיה תקפה מיום _____

בברכה,

יו"ר הועדה: _____