



MASHAV

**Centro de Cooperación Internacional
Ministerio de Relaciones Exteriores
Jerusalén**

Estimado Sr. (a),

Hemos recibido con agrado su solicitud para participar en un programa de estudios en Israel. Para que podamos considerar su pedido, le rogamos llene el formulario adjunto (2 copias) y devuelva a la representación israelí mas próxima (ya sea la embajada, el consulado u otra representación).

Le rogamos que toda la información pedida sea respondida en detalle. Puede Ud. escribir sus respuestas a máquina o escribirlas claramente a mano. Esto facilitará el estudio de la solicitud y nos permitirá tomar una decisión en el tiempo más breve posible.

El representante israelí respectivo le informará sobre la respuesta.

Gracias y le deseamos el mayor de los éxitos.

ESENCIAL:

La solicitud debe estar escrita a maquina o a mano de manera legible en el idioma del curso y debe estar acompañada de los siguientes documentos:

- Certificado de salud completo y aprobado.
- Certificado de conocimientos del idioma (si el idioma del curso/programa no es su lengua materna o el idioma oficial de su país).
- Fotocopia del certificado académico más alto obtenido, traducido al idioma del curso/programa.
- Tres fotos tamaño pasaporte adicionales, además de las que se adjuntan en las dos copias de la solicitud.
- Dos cartas de recomendación: del empleador actual o de la afiliación.
- Estos formularios deben llegar al representante israelí más cercano por lo menos diez semanas antes de la apertura del curso/programa.

FOR OFFICIAL USE ONLY

שגרירות/ נציגות ישראל במדינת _____ תאריך קבלת השאלון _____

ראיינתי את המועמד/ת: אישית/טלפוני
הערכת המועמד/ת והתאמה לקורס: _____

שם	תפקיד	חתימה	חותמת שגרירות
----	-------	-------	---------------

* נא לשלוח העתק אחד למש"ב ואחד להשאר בנציגות

• שאלונים שלא ימולאו במלואם כולל חלק זה בעברית לא יטופלו

• במידה והמשתלם יתקבל לקורס, יש לציידו במכתב מטעמכם ולהסביר לו את סדרי הגעתו משדה התעופה למקום הקורס.



1. General

Nombre del curso/programa _____

Nombre de la institución en Israel _____

Fechas _____ Idioma del curso _____

Arreglos Financieros:

Los vuelos internacionales serán cubiertos por _____

Los aranceles y el alojamiento serán cubiertos por _____

2. Datos Personales

Apellidos _____ Nombres _____

País _____ Ciudadanía _____

Religión _____ No. de Pasaporte _____

Fecha de nacimiento _____ Sexo: F / M Estado Matrimonial _____

Domicilio _____

Teléfono (código del país _____) (código de área _____) Número _____

Fax _____ e-mail _____

3. Educación

	Institución	Lugar	Desde/Hasta	Asignaturas	Título
Escuela secundaria					
Escuela técnica					
Escuela vocacional					
Títulos académicos :					
Primero					
Segundo					
Tercero					

4. Otros estudios/cursos / seminarios (en los últimos 10 años)

Programa del curso	País	Organizado por	Duración	Año

5. Estudios previos en Israel

Tema del curso	Año	Instituto

6. Conocimientos sobre computadores (ordenadores)

No _____ Sí _____

Si tiene conocimientos, detalle su pericia y los programas que conoce (Word, Excel, Qtext, etc.)

7. Conocimiento de idiomas

Lengua materna _____

Otros idiomas	Lectura			Conversación			Escritura		
	Satisfactoria	Buena	Muy buena	Satisfactoria	Buena	Muy buena	Satisfactoria	Buena	Muy buena

8. Ocupación

Nombre de la Institución _____

Dirección _____

Teléfono _____ Fax : _____ e-mail _____

Tipo de institución (haga un círculo en la respuesta correcta): Gubernamental / Organización No Gubernamental / Privada / Otra _____

Cargo Actual _____

Descripción de responsabilidades _____

Lugar previo de empleo _____

Ultimo puesto _____

9. Afiliación (si es relevante) – Sindicatos/ Cooperativas/ ONG/ Otras

Nombre de la organización _____

Dirección _____

Teléfono _____ Fax _____ e-mail _____

Posición y/o cargo: _____

Nombre de la organización nacional y/o internacional a la cual está afiliado el/la candidata/a _____

Pertenencia a otras organizaciones: _____

10. Referencias – Mencione dos personas en su país de origen o en Israel que le conocen y están al corriente de su capacidad profesional

	Nombre	Cargo	Teléfono	Fax
En su país				
En Israel				

--	--	--	--	--

DECLARACION

Programa _____ Fecha _____

Yo, el/la suscrito/a, Sr./Sra./Srta. _____ de (país) _____ al presentar mi solicitud para estudiar y/o participar en un curso/programa de formación en Israel, tal como se describe anteriormente, declaro lo siguiente:

(A) ENTIENDO que la intención del gobierno de Israel es permitirme, si es que se me considera apto/a, participar en un periodo de estudio y/o de formación en Israel como parte de los programas de cooperación entre el gobierno de Israel y mi país.

(B) SE PERFECTAMENTE que la oportunidad de estudiar que se me brinda tiene como objeto el desarrollo de mi país. Por lo tanto, me comprometo a participar en forma plena en los estudios a realizar y a cumplir con todas las regulaciones establecidas por la institución profesional que ofrece el programa de estudios.

(C) ENTIENDO PERFECTAMENTE que el propósito de mi estadía en Israel es estudiar y/o formarme profesionalmente. Por lo tanto, durante mi estadía en Israel me abstendré de tomar parte en todo tipo de actividad política y/o a trabajar a cambio de una remuneración.

(D) SE PERFECTAMENTE que mi estadía en Israel puede ser interrumpida si cometo alguna infracción con respecto a mis obligaciones de acuerdo a esta declaración, y/o con respecto a la ley civil o criminal israelí, y/o si violo las reglas y regulaciones de la escuela o institución donde estudiaré y/o me formaré.

(E) ME COMPROMETO a volver a mi país al término de mis estudios, tal como lo estipulan el gobierno de Israel y los encargados de mi programa de formación.

(F) ENTIENDO que el gobierno de Israel no se tomará bajo sí, de ninguna manera, las necesidades materiales de mi familia durante mi estadía en Israel, como tampoco de mi empleo a mi regreso a mi país.

(G) ME ES PERFECTAMENTE CLARO que la responsabilidad legal, financiera y moral del gobierno de Israel termina al concluir el programa de formación.

(H) Según mi leal entender y saber, soy de cuerpo y mente sanos y no necesito ningún tipo de tratamiento o atención medica.

(I) ME COMPROMETO a someterme a mas exámenes médicos, antes y durante mis estudios, cuando el gobierno de Israel así lo requiera.

(J) SE PERFECTAMENTE que la institución no se hace responsable de ninguna manera de mi dinero, pertenencias, documentos, etc. Asimismo, la institución no se hace responsable de ninguna manera por cualquier pérdida de dinero, pertenencias, documentos, etc.

(K) (Para Mujeres) Según mi leal entender y saber, NO estoy embarazada y comprendo que se me puede enviar de regreso a mi hogar en caso de estar embarazada.

CERTIFICADO MEDICO

Apellido:	Nombre (s):	Fecha de nacimiento:	Sexo:
-----------	-------------	----------------------	-------

A ser llenado por el solicitante:

	Ha sufrido o sufre de lo siguiente:	No	Sí	Si la respuesta es afirmativa, por favor especifique
A	Corazón (Enfermedades cardiovasculares)			
B	Hipertensión			
C	Diabetes			
D	Epilepsia			
E	Trastornos mentales			
F	Tuberculosis			
G	Asma bronquial			
H	Trastornos visuales			
I	Malaria			
J	Enfermedades de transmisión sexual (Incluido el SIDA)			
K	Malignidades (incluidos tumores)			
L	Hemorragia interna			
M	Ha pasado alguna operación?			
N	Se ha hecho exámenes médicos durante este año?			
O	Está usando actualmente algún medicamento?			
P	Está Ud. embarazada? En que mes?			

A ser llenado por el medico de familia:

	El solicitante, ha sufrido o sufre de lo siguiente:	No	Sí	Si la respuesta es afirmativa, por favor especifique			
A	Corazón (Enfermedades cardiovasculares)						
B	Hipertensión						
C	Diabetes						
D	Epilepsia						
E	Trastornos mentales						
F	Tuberculosis						
G	Asma bronquial						
H	Trastornos visuales						
I	Malaria						
J	Enfermedades de transmisión sexual (Incluido el SIDA)						
K	Malignidades (incluidos tumores)						
L	Hemorragia interna						
M	Ha pasado alguna operación?						
N	Se ha hecho exámenes médicos durante este año?						
O	Está usando actualmente algún medicamento?						
P	Está Ud. embarazada? En que mes?						
Q	Problemas ginecológicos						
	Examen físico, especifique:	Normal	Anormal				
R	Presión sanguínea						
S	Funciones cardíacas						
T	Funciones respiratorias						
U	Hígado						
V	Bazo						
W	Ganglios linfáticos						
X	Edema en las piernas						
Y	Análisis de lab:	ESR	HB/ HCT	WBC	HIV	Glucosa en la orina	Proteína en la orina
	Resultados:						
Z	Conclusiones del médico/ Comentarios generales:						
Nombre del médico:		Firma y sello:					