



MASHAV



**Центр Международного Сотрудничества
Министерство Иностранных дел
Иерусалим**

Уважаемый Абитуриент!

Мы приветствуем изьявленное Вами желание принять участие в Израильской учебной программе. Для рассмотрения Вашей просьбы заполните, пожалуйста, прилагаемую анкету (2 экземпляра) и подайте её в ближайшее Израильское дипломатическое представительство.

Убедитесь, что Вы полностью ответили на все вопросы.

Отпечатайте Ваши ответы. Правильные и разборчиво заполненные данные облегчат процесс рассмотрения Вашей просьбы и позволят нам принять решение в кратчайшие сроки.

Израильское представительство уведомит Вас о принятом решении относительно Вашей просьбы.

Благодарим Вас и желаем всего наилучшего.

ВАЖНО:

Заявка на участие в программе обучения на данном курсе в Израиле должна быть грамотно и разборчиво заполнена на русском языке с приложением следующих документов:

- **заполненная и заверенная медицинская справка по прилагаемой форме;**
- **подтверждение сотрудником Израильского посольства уровня знания русского языка (в случае, если русский язык не является родным языком абитуриента);**
- **ксерокопии документа/ов, о высшем образовании в области тематики данного курса;**
- **три дополнительные фотографии паспортного формата;**
- **рекомендательные письма;**

Заполненные анкеты и все приложенные к ним документы необходимо представить в Израильское дипломатическое представительство за 10 (десять) недель до начала соответствующей программы

FOR OFFICIAL USE ONLY.

שגרירות/ נציגות ישראל במדינת _____ תאריך קבלת השאלון _____

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

שם	תפקיד	חתימה	חותמת השגרירות
----	-------	-------	----------------

***נא לשלוח העתק אחד למש"ב ואחד להשאיר 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. Общее

Наименование курса\программы _____

Наименование учебного заведения в Израиле _____

Даты: _____ Язык обучения _____

Финансирование:

Стоимость авиабилета будет оплачена (кем) _____

Плата за обучение и проживание будет покрыта (кем) _____

2. Личные данные абитуриента:

Фамилия _____ Имя _____

Страна _____ Гражданство _____

Вероисповедание: _____ Номер паспорта _____

Дата рождения _____ Пол: муж.\ жен. Семейное положение _____

Домашний адрес: _____

Домашний телефон (код страны _____) - (код района _____) Номер _____

Факс _____ e-mail _____

3. Образование

	Учебное заведение	Местонахождение	Период обучения (от/до)	Квалификация (специальность) или звание	Документы об окончании
Начальная школа					
Средняя школа					
Профессиональное образование					
Академические степени:					
первая					
вторая					
третья					

4. Курсы/ семинары за последние 10 лет

Тема	Место проведения	Кем организован	Продолжительность обучения (недель)	В каком году

--	--	--	--	--

5. Предшествующая учеба в Израиле

Тема программы обучения	Период / год	В каком учебном заведении

6. Знание компьютера Да / Нет (нужное округлить)

Если да, то перечислите системы и программы, в которых вы работаете: _____

7. Знание языков: Родной язык _____

Дополнительные Языки (отметить +)	Чтение			Разговор			Письмо		
	Слабо	Хорошо	Очень хорошо	Слабо	Хорошо	Очень хорошо	Слабо	Хорошо	Очень хорошо

8. Место работы

Название учреждения : _____

Адрес: _____

Рабочий телефон (код страны _____) - (код района _____) Номер _____

Факс _____ e-mail _____

Тип учреждения (округлить) : Государственное / Совместное Предприятие / Частное / Прочее

Занимаемая должность: _____

Круг обязанностей: _____

Предыдущее место работы: _____

Занимаемая там должность _____

9. Членство в организациях (если таковое имеет место): Профсоюзы / Неправительственные организации / Прочие

Название организации: _____

Адрес: _____

Телефон: _____ Факс: _____ E-mail _____

Занимаемая должность и/или звание: _____

Наименование национальной или международной организации, членом которой Вы или Ваше учреждение
являетесь : _____

Членство в других организациях: _____

10 Рекомендации: Пожалуйста, назовите двух человек (в Вашей стране или в Израиле), знакомых с
Вашей профессиональной квалификацией.

	Фамилия и имя	Должность	Телефон	Факс
В Вашей стране				
В Израиле				

ДЕКЛАРАЦИЯ

Учебная программа _____

Дата проведения _____ Место проведения _____

Я, нижеподписавшийся /шаяся _____

Гражданин / ка (название страны) _____

подавая данное заявление о приёме на вышеупомянутую программу в Израиле, заявляю следующее:

(А) Я ПОНИМАЮ, что намерением правительства Израиля является предоставление мне, в случае моего соответствия требованиям, возможности принять участие в вышеуказанной программе в рамках сотрудничества между правительствами Израиля и моей страны.

(Б) Я ОТДАЮ СЕБЕ ОТЧЕТ в том, что возможность участия в программе предоставляется мне для целей, связанных с развитием моей страны. Поэтому я обязуюсь полностью пройти учебную программу и подчиняться правилам, установленным руководством данной программы.

(В) Я ЯСНО ПОНИМАЮ, что целью моего приезда в Израиль является учёба и/или практика. Я воздержусь от вовлечения в политическую и/или коммерческую деятельность.

(Г) Я В ПОЛНОЙ МЕРЕ СОЗНАЮ, что в случае нарушения мною взятых на себя в рамках этого заявления обязательств и/или израильского гражданского или уголовного законодательства, и/или правил учебного заведения, в котором будет проходить моя учеба и/или практика, моё пребывание в Израиле может быть прервано.

(Д) Я ОБЯЗУЮСЬ по окончании учёбы вернуться в свою страну, согласно условиям правительства Израиля и руководителей учебной программы.

(Е) Я ПОНИМАЮ, что правительство Израиля никак не может принять на себя ответственность за материальные нужды моей семьи на протяжении моего пребывания в Израиле, как и за моё трудоустройство после возвращения в мою страну.

(Ж) Я ОТДАЮ СЕБЕ ОТЧЕТ в том, что юридическая, финансовая и моральная ответственность правительства Израиля ограничена сроками учебной программы.

(З) Я, НАСКОЛЬКО МНЕ ИЗВЕСТНО, физически и психически здоров/а и мне не требуется лечение или медицинское наблюдение.

(И) Я ОБЯЗУЮСЬ по требованию правительства государства Израиль позволить подвергнуть себя дополнительному медицинскому обследованию, как до, так и во время учебы.

(К) Я ОТДАЮ СЕБЕ ОТЧЕТ в том, что учебное заведение и его руководство не несут никакой ответственности за пропажу моих денег, драгоценностей, документов и т.п.

(Л) (Для женщин) Я, НАСКОЛЬКО МНЕ ИЗВЕСТНО, не беременна и понимаю, что в случае беременности может быть принято решение об отстранении меня от участия в курсе и о преждевременной отправке меня домой.

(М) Я ПОНИМАЮ, что организаторы учёбы не несут никакой ответственности за расходы, связанные с лечением хронических заболеваний, стоматологические, гинекологические и оптометрические услуги, в период моего пребывания в Израиле

(Н) Я ТАКЖЕ ПОНИМАЮ, что мои личные вещи не застрахованы организаторами учёбы и они не несут никакой ответственности, в случае их пропажи.

(О) Я ПОДТВЕРЖДАЮ, что вся информация и документы, сопровождающие анкету, достоверны

(П) Я ЗАЯВЛЯЮ, что мне известно наименование и расположение учебного заведения, в которое я направляюсь, его адрес и средства транспорта, которые доставят меня к месту учёбы.

(Р) Я ПОНИМАЮ, что детали, связанные с финансовыми аспектами моего пребывания в Израиле, будут решены израильским представительством до моего приезда в Израиль.

(С) Я ПОНИМАЮ, что страховой полис, предоставляемый мне учебным заведением в Израиле,

МЕДИЦИНСКОЕ СВИДЕТЕЛЬСТВО

Фамилия	Имя	Год рождения	Пол муж. / жен
---------	-----	--------------	----------------

Заполняется абитуриентом

	Болели ли (больны ли) Вы следующими заболеваниями	Нет	Да	Если да, пожалуйста, уточните
А	Сердечные (сердечно-сосудистые) болезни			
Б	Гипертония			
В	Диабет			
Г	Эпилепсия			
Д	Нервные заболевания			
Е	Туберкулез			
Ж	Бронхиальная астма			
З	Расстройства зрения			
И	Малярия			
К	Венерические заболевания (включая СПИД)			
Л	Онкологические заболевания (или другие опухоли)			
М	Внутренние кровотечения			
Н	Подвергались ли Вы хирургическим операциям			
О	Проходили ли Вы медицинское освидетельствование в текущем году			
П	Принимаете ли Вы в настоящее время какие-либо лекарства или препараты			
Р	Беременны ли Вы в настоящее время (к-во месяцев)			

Заполняется семейным врачом или врачом общего профиля

	Болеет ли (болеет ли) обследуемый следующими заболеваниями	Нет	Да	Если да, пожалуйста, уточните
А	Сердечные (сердечно-сосудистые) болезни			
Б	Гипертония			
В	Диабет			
Г	Эпилепсия			
Д	Нервные заболевания			
Е	Туберкулез			
Ж	Бронхиальная астма			
З	Расстройства зрения			
И	Малярия			
К	Венерические заболевания (включая СПИД)			
Л	Онкологические заболевания (или другие опухоли)			
М	Внутренние кровотечения			
Н	Подвергался ли хирургическим операциям			
О	Проходил ли медицинское освидетельствование в текущем году			
П	Принимает ли в настоящее время какие-либо лекарства или препараты			
Р	Беременность в настоящее время (к-во месяцев)			
С	Гинекологические расстройства			

Физическое обследование:

	пожалуйста, укажите:	Норма	Отклонение от нормы (просьба уточнить)
Т	Артериальное давление		
У	Сердечная функция		
Ф	Дыхательная функция		
Х	Печень		
Ц	Селезенка		
Ч	Лимфатические узлы		
Ш	Отечность ног		

Лабораторные исследования	РОЭ	НВ/НСТ	Лейкоцитарная формула	ВИЧ	Глюкоза в моче	Белок в моче
Результаты:						

Общее врачебное заключение

Ф.И.О. врача

Подпись

Печать леч. учреждения