



**Израильское агентство по развитию международного сотрудничества
Министерство иностранных дел Израиля
Иерусалим**

Уважаемый кандидат!

Мы благодарим Вас за ваше желание участвовать в программе профессиональной подготовки, проходящей в Израиле. Для того чтобы мы могли рассмотреть Вашу заявку, заполните, пожалуйста, прилагаемый бланк и передайте в ближайшее к вашему месту жительства представительство Израиля (в посольство и т.п.).

Необходимо подробно изложить все требуемые данные. Пожалуйста, напечатайте свои данные. Это облегчит нам процесс рассмотрения заявлений и даст возможность принять решение в максимально короткий срок.

Представитель Израиля известит только тех кандидатов, которые будут приняты для участия в программе.

Мы благодарим вас за сотрудничество.

НЕОБХОДИМЫЕ ДОКУМЕНТЫ:

Данное заявление должно быть представлено В ПЕЧАТНОМ ВИДЕ НА ЯЗЫКЕ ПРОГРАММЫ. К заявлению следует приложить следующие документы:

- Заполненный и заверенный бланк медицинского сертификата(прилагается)
- Документ, подтверждающий ваше владение языком (если язык программы не является вашим родным языком или официальным языком вашей страны)
- Фотокопия диплома наивысшей академической степени из всех, полученных вами, в переводе на язык программы
- Паспортная фотография
- Два рекомендательных письма от нынешних работодателей или соответствующей организации.
- Ваше заявление в двух экземплярах должно поступить к ближайшему к вашему месту жительства представителю Израиля не позднее, чем за десять недель до начала программы

ДЛЯ СЛУЖЕБНОГО ПОЛЬЗОВАНИЯ

שגרירות/ נציגות ישראל במדינת _____ תאריך קבלת השאלון _____
ראיינתי את המועמד/ת שם פרטי _____ שם משפחה _____ אישית/טלפוני _____
הערכת המועמד/ת והתאמה לקורס: _____

שם _____ תפקיד _____ חתימה _____ חותמת השגרירות _____

- נא לשלוח עותק קשיח אחד למש"ב ובמקביל לשלוח עותק במייל לשלוחה הרלוונטית. עותק קשיח נוסף יישאר בנציגות.
- שאלונים שלא ימולאו במלואם כולל חלק זה בעברית לא יטופלו.

Паспортная
фотография

1. Общие сведения

Название программы профессиональной подготовки _____

Название учебного заведения в Израиле _____

Сроки: _____ Язык обучения _____

Финансовые соглашения:

Билет на самолет будет оплачен _____

Оплата за обучение и проживание будет произведена _____

2. Личные данные

Фамилия _____ Имя _____

Страна _____ Гражданство _____

Вероисповедание _____ № паспорта _____

Дата рождения _____ Пол: Мужской / Женский

Домашний адрес _____

№ телефона (код страны _____) (территориальный код _____) Номер _____

Сотовый телефон (код страны _____) (территориальный код _____) Номер _____

№ факса _____ e-mail _____

3. Образование

	Учебное заведение	Город	Год	Область специализации	Степень
Высшее образование					
Академическая степень: Первая					
Вторая					
Третья					

4. Информация об учебе / курсах / семинарах, имеющих отношение к программе (в последние 10 лет)

Тема курсов	Страна	Кем организова- ны курсы	Продолжитель- ность обучения	Год

5. Обучение в Израиле в прошлом

Тема курсов	Год	Учебное заведение

Имя и фамилия кандидата _____

6. Владение компьютером

Нет_____ Да_____

Если да, укажите программы (Word, Excel и т.д.) _____

7. Знание языков

Родной язык _____

Язык программы	Чтение			Разговор			Письмо		
	Удов.	Хор.	Очень хорошо	Удов.	Хор.	Очень хорошо	Удов.	Хор.	Очень хорошо

8. Работа

Полное название организации _____

Принадлежность организации: Правит. / НПО / Частная / Другое _____

Адрес _____

Телефон _____ Факс: _____ e-mail _____

Должность и выполняемые обязанности в настоящее время _____

9. Предыдущие места работы

Название организации	Период/год	Занимаемая должность

Имя и фамилия кандидата _____

10. Рекомендации: Укажите двух человек, которые могут подтвердить вашу профессиональную квалификацию

Рекомендация 1

Фамилия	Должность
№ телефона Код страны Терр. код Номер	№ сотового телефона Код страны Терр. код Номер
№ факса Код страны Терр. код Номер	Адрес e-mail

Рекомендация 2

Фамилия	Должность
№ телефона Код страны Терр. код Номер	№ сотового телефона Код страны Терр. код Номер
№ факса Код страны Терр. код Номер	Адрес e-mail

ДЕКЛАРАЦИЯ

ПРОГРАММА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ПОДГОТОВКИ _____ Дата _____

Я, нижеподписавшийся / нижеподписавшаяся из _____ (страна), подачей данного заявления на учебу и /или профессиональную подготовку в Израиле, как указано выше, декларирую следующее:

- (А) Я ПОНИМАЮ, что намерением правительства Израиля является дать мне возможность участвовать во время учебы и /или профессиональной подготовки в Израиле в программе сотрудничества между Израилем и моей страной, если я буду признан /а подходящим /ей для учебы.
- (В) Я ПОЛНОСТЬЮ ОТДАЮ СЕБЕ ОТЧЕТ В ТОМ, что возможность подготовки предоставляется мне во благо моей страны и во имя ее развития. В связи с этим я обязуюсь участвовать во всех проводимых занятиях и подчиняться всем правилам, установленным учебным заведением, проводящим программу подготовки.
- (С) Я ЧЕТКО ПОНИМАЮ, что целью моего посещения Израиля является учеба и /или профессиональная подготовка. В связи с этим в течение всего времени моего пребывания в Израиле я отказываюсь от участия в какой-либо политической деятельности или от работы, приносящей доход.
- (D) Я ПОЛНОСТЬЮ ОТДАЮ СЕБЕ ОТЧЕТ В ТОМ, что мое пребывание в Израиле может быть прервано, если я совершу какое-либо нарушение обязательств, данных мною в настоящей декларации, и /или нарушение израильского гражданского или уголовного законодательства, и/ или нарушение правил учебного заведения, в котором я буду учиться и /или проходить профессиональную подготовку.
- (Е) Я ОБЯЗУЮСЬ по окончании учебы вернуться в свою страну, как оговорено Правительством Израиля и руководством программы подготовки, в которой я буду участвовать.
- (F) Я ПОНИМАЮ, что Правительство Израиля не несет никакой ответственности за материальные нужды моей семьи во время моего пребывания в Израиле и за мое трудоустройство после возвращения в мою страну.
- (G) Я ПОЛНОСТЬЮ ОТДАЮ СЕБЕ ОТЧЕТ В ТОМ, что юридическая, финансовая и моральная ответственность Правительства Израиля будет прекращена в момент завершения программы подготовки.
- (Н) Я – насколько мне известно – здоров /а физически и психически и не нуждаюсь ни в каком медицинском лечении или наблюдении.
- (I) Я ОБЯЗУЮСЬ в дальнейшем проходить медицинские освидетельствования до или во время моей учебы, если этого потребует от меня Правительство Израиля.
- (J) Я ПОЛНОСТЬЮ ОТДАЮ СЕБЕ ОТЧЕТ В ТОМ, что учебное заведение не несет никакой ответственности за сохранность моих денег, ценных предметов, документов и т.п. Подобно этому, учебное заведение не несет никакой ответственности за утерю денег, ценных предметов, документов и т.п.
- (К) (ДЛЯ ЖЕНЩИН) Я – насколько мне известно – не беременна, и я понимаю, что в случае моей беременности я подлежу высылке в свою страну.
- (L) Я ПОНИМАЮ, что во время моего пребывания в Израиле организаторы не принимают на себя никакой ответственности за лечение хронических заболеваний, стоматологическое лечение и услуги оптометриста.
- (М) Я ТАКЖЕ ПОНИМАЮ, что мои личные вещи не застрахованы организаторами.
- (N) НАСТОЯЩИМ Я ЗАВЕРЯЮ, что вся представленная здесь информация и документы верны и подлинны.
- (О) Я ПОЛНОСТЬЮ ОТДАЮ СЕБЕ ОТЧЕТ В ТОМ, что я отвечаю за получение справки о названии и расположении израильского учебного заведения, в которое я направляюсь, о его адресе и о том, как до него добираться.

- (P) Я ПОНИМАЮ, что все финансовые соглашения были заключены с Представителем Израиля до моего прибытия в Израиль.
- (Q) Я ЧЕТКО ПОНИМАЮ, что, если не установлено иное, страховой полис, предоставляемый мне израильским учебным заведением, действует только во время прохождения мною курса /программы в территориальных пределах государства Израиль.

Настоящим я подтверждаю мое полное согласие с этими условиями

Имя и фамилия кандидата _____

Подпись кандидата _____

Дата _____ **Место** _____

Напишите, пожалуйста, короткую автобиографию

Напишите, пожалуйста, кратко, каковы ваши ожидания от программы подготовки, в том числе, каким, по вашему мнению, будет влияние программы на работу в вашей области, а также на ваши планы на будущее после завершения программы

Декларация о состоянии здоровья

В данной форме всюду, где встречается обращение в мужском роде, подразумеваются как мужчины, так и женщины.

Просьба при заполнении анкеты давать точную и полную информацию.

Имя: Фамилия:

№ уд. л.: Дата рождения:

Отвечая на каждый вопрос, делайте пометки в графе «да» или «нет».

А Декларация о состоянии здоровья		Да	Нет
Направляли ли вас за последние два года на обследования/ диагностику, которые на данный момент не завершены и на основании которых диагноз еще не поставлен? Речь идет о следующих диагностических процедурах: катетеризация, сканирование, ЭКГ, МРТ, КТ, УЗИ (за исключением планового наблюдения в период беременности), биопсия, тест на скрытую кровь, колоноскопия, гастроскопия, анализы крови, анализы мочи?			
Диагностировали ли у вас заболевание и/или патологию и/или нарушение, связанные с указанными ниже?			
Нервная система (неврология) и мозг: нервная система, инсульт (острое нарушение мозгового кровообращения), рассеянный склероз, мышечная дистрофия (миопатия)			
Почечная недостаточность			
Дыхательная система: ХОБЛ (хроническая обструктивная болезнь легких), муковисцидоз (фиброзно-кистозная дегенерация)			
Злокачественное заболевание, опухоль (рак)			
Заболевание иммунной системы: Волчанка			
Сердечнососудистое заболевание			
Венерическое заболевание; заболевание, передающееся половым путем (включая СПИД и/или носительство ВИЧ-инфекции)			
Инфекционные заболевания: Туберкулез ☐ Да ☐ Нет Гепатит В ☐ Да ☐ Нет Гепатит С ☐ Да ☐ Нет			
Диагностировали ли у вас психическое заболевание?			
Вопрос к женщинам: беременны ли вы?			
Подпись кандидата: Дата:			

Б Декларация кандидата на страхование

1. Информация, содержащаяся в данном документе, имеет принципиальное значение с точки зрения оформления страховых полисов на ваше имя, а также с точки зрения любых иных вопросов в связи со страховыми полисами и управлением ими. Компания и другие компании корпорации «Харэль» (Harel Insurance Investments and Financial Services Ltd., а также ее дочерние компании) и/или любое лицо, действующее от ее имени и по поручению, будут пользоваться этой декларацией - обрабатывать, хранить и использовать в целях, связанных с полисами/ в любых иных легитимных целях, включая предоставление информации третьим лицам, действующим от имени и по поручению корпорации «Харэль».
2. Настоящим я/мы заявляю/ем, что все ответы верны и исчерпывающи, а также даны мною/нами по доброй воле.
3. Ответы, изложенные в Декларации о состоянии здоровья, как и всякая иная информация, предоставляемая Компании, а также правила Компании в данном аспекте лягут в основу договора страхования между вами и Компанией и будут его неотъемлемой частью.
4. Компания вправе решать, принимать ли вас на страхование. К вашему сведению: договор страхования вступает в силу только после того как Компания подтвердит в письменной форме принятие всех кандидатов на страхование по данной заявке.
5. **Отказ от медицинской конфиденциальности:** Я, нижеподписавшийся, настоящим даю разрешение больничной кассе («купат холим») и/или ее медицинским учреждениям и/или любым другим врачам или психиатрам, медицинским учреждениям или больницам, и/или всякой иной страховой компании и/или всякому учреждению или третьим лицам – в том объеме, какой будет необходим для рассмотрения и проверки прав и обязательств по данному полису и/или для решения вопроса о принятии меня на страхование согласно моей заявке, - предоставлять компании «Харэль» всю без исключения информацию и детали касательно состояния моего здоровья. Информация должна быть предоставлена в той форме, какую укажет Запрашивающая инстанция. Запрос может касаться заболевания, которым я страдал в прошлом и/или которым я страдаю в настоящее время и/или которым буду страдать в дальнейшем, на момент запроса. Я заранее освобождаю вас от обязанности соблюдения медицинской конфиденциальности и заведомо отказываюсь от конфиденциальности применительно к Запрашивающей инстанции. Данный отказ имеет обязательную силу для моих/наших правопреемников и законных представителей, а также для любых лиц, выступающих вместо меня.

Подпись кандидата: Дата: