

**Agencia Israeli de Cooperación Internacional para el Desarrollo**

**Ministerio de Relaciones Exteriores**

**Jerusalén**

**Estimado (a) solicitante:**

**Gracias por haber solicitado participar en un programa de capacitación profesional en Israel. Para tramitar su solicitud tenga a bien rellenar el formulario adjunto y devolverlo al representante de Israel (embajada u otro) más próximo a su domicilio.**

**Asegúrese de que está dando toda la información solicitada con el debido detalle. La solicitud debe ser escrita a máquina o con computadora para facilitar y agilizar la consideración de su solicitud.**

**Sólo los candidatos aceptados recibirán una notificación del representante de Israel.**

**Gracias por su cooperación**

## MUY IMPORTANTE:

**El formulario de solicitud debe rellenarse en el IDIOMA EN EL CUAL SE DICTARÁ EL PROGRAMA y debe ir acompañado de lo siguiente:**

* **Declaración médica debidamente completada (adjunto).**
* **Certificado de buen conocimiento del idioma (si el idioma en el que se dictará el programa no es su lengua materna ni la lengua oficial de su país).**
* **Fotocopia del título académico más alto obtenido, traducida al idioma del programa.**
* **Una fotografía tipo pasaporte.**
* **Dos cartas de recomendación de su empleador actual o de organismos a los que está afiliado.**
* **Las solicitudes deben llegar a la Embajada de Israel en su país o misión más cercana.**

**PARA USO OFICIAL**

**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 אחד במייל למש"ב ובמקביל לשלוח עותק במייל לשלוחה הרלוונטית. עותק קשיח יישאר בנציגות.**

**1. General**

Nombre del programa de capacitación:

**FOTO**

Nombre del Instituto de capacitación en Israel:

Fechas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Idioma del curso: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Arreglos financieros:**

El pasaje aéreo será pagado por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

La matrícula y el hospedaje serán cubiertos por: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**2. Datos personales**

Apellidos: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nombres: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

País: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nacionalidad: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Pasaporte No. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Celular: (código de país: \_\_\_) Número: \_\_\_\_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**3. Educación**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Educación superior | Institución | Lugar | Año | Especialidad | Grado |
| Título académico: Primero |  |  |  |  |  |
| Título académico: Segundo |  |  |  |  |  |
| Título académico: Tercero |  |  |  |  |  |

**4. Otros estudios / cursos / seminarios relacionados con el programa (10 últimos años)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Tema del curso | País | Organizado por | Duración del estudio | Año  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**5. Estudios anteriores en Israel**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tema del curso | Año  |  Instituto de capacitación |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Conocimiento de idiomas**

Lengua materna: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Idiomas | Comprensión | Lectura | Escritura |
|  | Regular | Bueno | Excelente | Regular | Bueno | Excelente | Regular | Bueno | Excelente |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

1. **Ocupación**

Nombre de la Institución: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Tipo: Gubernamental / ONG / Empresa privada / Otro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

#

Cargo actual: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Descripción de sus responsabilidades: \_**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Lugares de empleo anteriores**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre de la institución | Fechas (desde – hasta) | Cargo desempeñado |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**9. Referencias:** Indique dos personas que conozcan bien sus calificaciones profesionales

**Referencia 1**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre** | **Cargo** |
|  |  |
| Teléfono | **e-mail** |
|   |   |

**Referencia 2**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre** | **Cargo** |
|  |  |
| Teléfono | **e-mail** |
|   |  |

**Tenga a bien escribir un corto párrafo describiendo sus expectativas en relación con el programa de capacitación, incluyendo la contribución directa del programa a su campo de actividad, así como sus planes futuros para después de terminarse el programa.**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Tenga a bien escribir una corta autobiografía:**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**DECLARACIÓN**

PROGRAMA DE CAPACITACIÓN \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Fechas: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

El/la infrascrito/a, Sr./Sra./Srta. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, someto mi solicitud de estudio y/o capacitación en Israel, según lo detallado más arriba y declaro lo siguiente:

1. ENTIENDO que el Gobierno de Israel se propone permitirme, si se me considerare apto/a para ello, participar en un período de estudio y/o capacitación en Israel como parte de la cooperación entre el Gobierno de Israel y mi país.
2. ESTOY PLENAMENTE CONSCIENTE que la oportunidad de capacitación que se me ofrece tiene por objetivo beneficiar el desarrollo de mi país y por lo tanto me comprometo a participar plenamente en los estudios ofrecidos y a cumplir todos los reglamentos fijados por la institución en la que se llevará a cabo el programa de capacitación.
3. ENTIENDO CLARAMENTE que el propósito de mi visita a Israel es estudiar y/o capacitarme. Por lo tanto, me abstendré de toda actividad de carácter político y de toda ocupación lucrativa.
4. ESTOY PLENAMENTE CONSCIENTE que mi estadía en Israel podrá ser interrumpida si infringiere mis compromisos a tenor de esta declaración y/o las leyes civiles o penales y/o quebrantare las reglas y reglamentos de la escuela o instituto en el que estudiaré o me capacitaré.
5. ME COMPROMETO a regresar a mi país al término de mis estudios, según lo determinen el Gobierno de Israel y los supervisores mi programa de estudio y/o capacitación.
6. ENTIENDO que el Gobierno de Israel no podrá será considerado en ningún caso responsable de las necesidades materiales de mi familia durante mi estadía en Israel, ni de mi empleo a mi regreso a mi país.
7. ESTOY PLENAMENTE CONSCIENTE que la responsabilidad jurídica, financiera y moral del Gobierno de Israel terminará al concluir el programa de estudio y/o capacitación.
8. GOZO – a mi leal saber y entender – de salud física y mental y no requiero de ningún tratamiento o atención médica.
9. ME COMPROMETO a presentar/cumplir y seguir todos los requisitos médicos necesarios del Ministerio de Salud de Israel con respecto a todos los aspectos relacionados con las pautas de COVID-19 según lo requiera el Gobierno de Israel.
10. ESTOY PLENAMENTE CONSCIENTE que la institución organizadora no se hace responsable de modo alguno de mi dinero, pertenencias, documentos, etc. Del mismo modo, la institución, en ningún caso será responsable de pérdidas de dinero, pertenencias, documentos, etc.
11. (PARA MUJERES) Según mi leal entender y saber NO ESTOY EMBARAZADA y entiendo que en caso de estarlo se me podría mandar de regreso a mi país.
12. ENTIENDO que los organizadores no asumen responsabilidad alguna en cuanto a tratamiento de enfermedades crónicas, tratamientos dentales o anteojos durante mi estadía en Israel.
13. ENTIENDO ASIMISMO que mis efectos personales no están asegurados por el organizador.
14. CERTIFICO que toda la información y los documentos presentados son correctos y verídicos.
15. ESTOY PLENAMENTE CONSCIENTE que es responsabilidad mía conseguir el nombre y ubicación del instituto israelí al que asistiré, así como su dirección e instrucciones para llegar a él.
16. ENTIENDO que todos los arreglos financieros han sido completados con el representante de Israel antes de mi llegada a Israel.
17. COMPRENDO PLENAMENTE que – salvo indicación contraria – el seguro contraído a mi favor por el Instituto israelí cubrirá únicamente el período de mi estadía en el curso/programa dentro del territorio del Estado de Israel.

**Confirmo mi plena aceptación de estas condiciones.**

### Nombre y Apellidos del solicitante: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Firma del solicitante \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Fecha: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**



