



## Formulario de inscripción



Gestión en Sistemas de Salud | 1 - 14 Mayo, 2018



### Información del candidato

Título	<input type="text"/>	Nombre	<input type="text"/>
Segundo Nombre	<input type="text"/>	Apellido	<input type="text"/>
Posición Actual	<input type="text"/>		
Organización	<input type="text"/>		
Dirección comercial	<input type="text"/>		
Sitio web de la empresa	<input type="text"/>		



Ciudad	<input type="text"/>	Código Postal	<input type="text"/>
País	<input type="text"/>		



Teléfono Comercial	<input type="text"/>	Teléfono Residencial	<input type="text"/>
Fax Comercial	<input type="text"/>	Celular	<input type="text"/>
Email	<input type="text"/>	Skype	<input type="text"/>



### Educación

Último Título	<input type="text"/>
Organización	<input type="text"/>



### Cómo descubrió el programa?

Contacto directo con el Instituto:  Teléfono  Email  Facebook  LinkedIn

Via:  Nuestro Graduado  Jefe  Otro Nombre:



### Patrocinador

El Instituto Galilee ofrece un número limitado de becas que cubre el costo del programa académico. Le gustaría solicitar beca?  SI  NO

Persona u organización responsable del pago de los gastos locales

(Por favor llene el formulario y el sello del certificado de patrocinador)

## Garantía de pago del patrocinador



### Información del Candidato

Título	<input type="text"/>	Nombre	<input type="text"/>
Segundo Nombre	<input type="text"/>	Apellido	<input type="text"/>
Posición Actual	<input type="text"/>		
Organización	<input type="text"/>		



### Información del Patrocinador

Nombre del Patrocinador (nombre de la persona responsable por el pago)

Título	<input type="text"/>	Nombre	<input type="text"/>
Segundo Nombre	<input type="text"/>	Apellido	<input type="text"/>
Posición Actual	<input type="text"/>		
Organización	<input type="text"/>		
Dirección comercial	<input type="text"/>		



Ciudad	<input type="text"/>	Código Postal	<input type="text"/>
País	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>
Teléfono	<input type="text"/>		
Email	<input type="text"/>		

**Costos de estadía por persona:** (por favor, seleccione el tipo de alojamiento deseado)

- \$ 4,250 Dólares Americanos para alojamiento compartido | **Descuento anticipado \$ 150**
- \$ 5,450 Dólares Americanos para alojamiento individual | **Descuento anticipado \$ 200**

\*Estamos encantados de ofrecer un descuento especial a los candidatos que finalicen el proceso de inscripción, al menos dos meses antes del comienzo del curso.

La factura para el pago de los gastos locales se hará como el nombre y la dirección del patrocinador. ¡Importante! Este archivo es parte de su aplicación. Sin este documento no podemos considerar la candidatura para el programa.



Fecha	<input type="text"/>	<b>Sello de la Organización</b>	<input type="text"/>
<b>Firma Patrocinador</b>	<input type="text"/>		

## Declaración de Intenciones

Name / Nombre

Surname / Apellido

Citizenship / Nacionalidad

Passport Number/ Número de pasaporte

I hereby declare that I do not intend to stay in Israel illegally, work in Israel or otherwise violate the conditions of my visa (visa type B2). I will not misuse this visa to request political asylum or any other type of asylum from the state of Israel.

Por la presente declaro que no tengo ninguna intención de permanecer ilegalmente en Israel, trabajar o romper las condiciones de mi visa (Visa tipo B2). No abusare de esta visa para solicitar asilo político o cualquier otro tipo de asilo en el Estado de Israel

Date / Fecha

**Signature / Firma**

## Formulario de Solicitud de Visa



### Información del Candidato

Título	<input type="text"/>	Nombre	<input type="text"/>
Segundo nombre	<input type="text"/>	Apellido	<input type="text"/>
Apellido anterior	<input type="text"/>	Religión	<input type="text"/>
País de Nacimiento	<input type="text"/>	Nacionalidad	<input type="text"/>
Fecha de Nacimiento	<input type="text"/>		
Estado Civil:	<input type="radio"/> Soltero/a	<input type="radio"/> Casado/a	<input type="radio"/> Divorciado/a <input type="radio"/> Viudo/a



### Información sobre la visa anterior

Estuviste en Israel Anteriormente:	<input type="radio"/> SI	<input type="radio"/> NO	Fechas	<input type="text"/>
El propósito de su visita Anterior	<input type="text"/>			
País Visitado	<input type="text"/>	Fecha de emisión De Visa	<input type="text"/>	
País Visitado	<input type="text"/>	Fecha de emisión De Visa	<input type="text"/>	



### Detalle del Pasaporte

Número	<input type="text"/>	Emitido en (Ciudad, País)	<input type="text"/>
Fecha de expiración	<input type="text"/>		

Tengo un Pasaporte de Servicio/Diplomático

El Ministerio del Interior de Israel exige que su pasaporte tenga validez de más de siete (7) meses a partir de la fecha de entrada en Israel.



Tienes alguna enfermedad pre-existente?

SI

NO

Si la respuesta es sí, por favor especificar

Nombre

**Firma**

Fecha

El seguro médico proporcionado por el Galilee no cubre cualquier enfermedad pre-existente y / o problemas de salud que han sido antes de su llegada a Israel, pero no limitado, a los efectos del VIH / SIDA al VIH / SIDA a los medicamentos y Tratamientos para el embarazo y la fertilidad



### Documentos de Registro

Para completar el registro y que se remitirá al Comité de Admisión, usted necesita los siguientes documentos:

1. Formulario de inscripción completamente llenado
2. Formulario de certificado de patrocinador, firmado y sellado por el patrocinador
3. Formulario de solicitud de información Visa + Declaración de Intención completas y firmadas
4. Copia de la información del pasaporte, sellos de visados, extensiones (si alguno)
5. Curriculum Vitae

Todos los formularios deben ser enviados al directora del programa **Sra. Karina Shmaya** para el email: [kshmaya@galilcol.ac.il](mailto:kshmaya@galilcol.ac.il) o por FAX: (+972) 465 4811