

Formulário de Registro

 **Inovação em Agricultura** | 18 a 31 de Julho de 2017



Informações do Candidato

Título	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>
Nome do meio	<input type="text"/>	Sobrenome	<input type="text"/>
Função	<input type="text"/>		
Organização	<input type="text"/>		
Endereço Comercial	<input type="text"/>		
Site da Empresa	<input type="text"/>		



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



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



Educação

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



Como você soube do programa?

Contacto directo com o Instituto: Telefone Email Facebook LinkedIn

Através de: Nosso Graduado Empregador Outro Nome:



Patrocinador

O Instituto Galilee oferece um número limitado de bolsas que cobre as despesas acadêmicas do programa. Você gostaria de se candidatar à bolsa? SIM NÃO

Pessoa ou organização responsável pelo pagamento das despesas locais

(Por favor preencha e carimbe o formulário de certificado de patrocínio)

Dossiê de Patrocínio

Informações do Candidato

Título	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>
Nome do meio	<input type="text"/>	Sobrenome	<input type="text"/>
Função	<input type="text"/>		
Organização	<input type="text"/>		

Informações do Patrocinador

Nome do Patrocinador (nome da pessoa responsável pelo pagamento)

Título	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>
Nome do meio	<input type="text"/>	Sobrenome	<input type="text"/>
Função	<input type="text"/>		
Organização	<input type="text"/>		
Endereço comercial	<input type="text"/>		




Cidade	<input type="text"/>	Código Postal	<input type="text"/>
País	<input type="text"/>	Fax	<input type="text"/>
Telefone	<input type="text"/>		
Email	<input type="text"/>		

Despesas Locais: Por pessoa (Duas opções)

- US\$ 3,550 – por pessoa em Ocupação Compartilhada | **Desconto de Pagamento antecipado: US\$ 150**
- US\$ 4,950 – por pessoa em Ocupação Individual | **Desconto de Pagamento antecipado: US\$ 200**

*Nós temos o prazer de oferecer um desconto especial para o candidato que completar o processo de registro a pelo menos dois meses antes do início do programa.

A fatura do pagamento das Despesas Locais será feita conforme o nome e endereço do patrocinador aqui preenchido. Importante! Este dossiê faz parte da sua inscrição. Sem este documento não poderemos considerar a candidatura ao programa.

 Data	<input type="text"/>	Carimbo da Organização	<input type="text"/>
Assinatura do Patrocinador	<input type="text"/>		

Declaração de Intenções

Name / Nome

Surname / Sobrenome

Citizenship / Nacionalidade

Passport Number/ Assinatura Número

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.

Declaro que não tenho a intenção de ficar em Israel ilegalmente, trabalhar ou violar as condições do meu visto (Visto tipo B2). Eu não vou abusar deste visto para solicitar asilo político ou qualquer outro tipo de asilo no Estado de Israel.

Date / Data

Signature / Assinatura

Formulário de Solicitação de Visto

Informações do Candidato

Título	<input type="text"/>	Nome	<input type="text"/>
Nome do meio	<input type="text"/>	Sobrenome	<input type="text"/>
Sobrenome anterior	<input type="text"/>	Religião	<input type="text"/>
País de Nascimento	<input type="text"/>	Nacionalidade	<input type="text"/>
Data de Nascimento	<input type="text"/>		
Estado Civil:	<input type="radio"/> Solteiro/a	<input type="radio"/> Casado/a	<input type="radio"/> Divorciado/a <input type="radio"/> Viúvo/a

 Você possui alguma doença pré-existente? SIM NÃO

Se sim, especifique

Nome	<input type="text"/>	Data	<input type="text"/>
------	----------------------	------	----------------------

Assinatura

O Seguro Saúde Fornecido pelo Instituto Galilee Não cobre nenhuma doença pré-existente e/ou problemas de saúde que se iniciaram antes de vossa chegada à Israel, incluindo, mas não restrito, a efeitos colaterais de HIV/AIDS ou medicamentos para HIV/AIDS e tratamento para gravidez e fertilidade

Informações Sobre Vistos Anteriores

Esteve em Israel Anteriormente: SIM NÃO Datas

Propósito da Visita Anterior

País Visitado	<input type="text"/>	Data de Emissão do Visto	<input type="text"/>
País Visitado	<input type="text"/>	Data de Emissão de Visto	<input type="text"/>

Detalhe do Passaporte

Número	<input type="text"/>	Emitido em (Cidade, País)	<input type="text"/>
Data de Expiração	<input type="text"/>		

Posso Passaporte de Serviço/Diplomático

O Ministério do Interior de Israel requer que o passaporte tenha validade superior a 7 (sete) meses da data de entrada a Israel.

Documentos para Registro

Para completar o seu registro e que para que possamos encaminhar ao Comitê de Admissão, são necessários os seguintes documentos:

1. Formulário de Inscrição completamente preenchidos
2. Formulário de Certificado de Patrocínio, assinado e carimbado pelo patrocinador
3. Formulário de Solicitação de Visto + Declaração de Intenção completo e assinado
4. Cópia do Passaporte: Informação, Carimbos de Vistos, Extensões (se existirem)
5. Curriculum Vitae resumido

Todos os formulários devem ser enviados ao director do programa **Sra. Marcia Kautz** para o email: mkautz@galilcol.ac.il ou por FAX: (+972) 465 4811