



NEW LIFE EXPERIENCE

INTERNATIONAL EXCHANGE CENTRE

+38 068 80 65 800 - Мелітополь

+38 095 43 21 098 - Запоріжжя



NLE.LTD.UA

АНКЕТА

(Після заповнення, анкету потрібно завантажити на e-mail: nleabroad@gmail.com)

1. П.І.Б. (українською мовою та як в закордонному паспорті) _____
 2. Якщо студент, то Назва навчального закладу, факультет, курс, група _____
 3. Рік вступу та закінчення; термін дії студентського квитка
(день, місяць, рік) _____
 4. Попередній навчальний заклад, що закінчили (технікум, коледж) _____
 5. Дата та місце народження _____
 6. Сімейний стан _____
Якщо одружений/на: ПІБ дружини/чоловіка, дата народження, кількість дітей _____
 7. Адреса проживання (якщо різна з пропискою, то вкажіть обидві адреси) _____

 8. Контактні дані:
Моб.тел.: _____
e-mail: _____
Skype: _____
 9. Про себе: Зріст _____ Вага _____
 10. Посвідчення водія категорії А / В / С / D / E / T Дата отримання _____
 11. Рівень володіння іноземною мовою (підкресліть те, що стосується)
Англійська мова: вільно / достатньо для спілкування / тільки зі словником
Німецька мова: вільно / достатньо для спілкування / тільки зі словником
Інша мова: _____
 12. Практичний досвід роботи в Україні (вкажіть назву підприємства, галузь, період, обов'язки) _____

 13. Попередні закордонні практики/робота (зазначте країну, період перебування, назву програми та обов'язки) _____

- Також при наявності закордонних виїздів по «безвізу», туризму або практиці/роботі, **ОБОВ'ЯЗКОВО** надати ксерокопії:
- Загран. паспорт (1 сторінка, і всі сторінки з візами та датами виїздів)
14. Бажана країна стажування (назва програми): _____

Дата заповнення: _____

Підпис апліканта _____

Анкета-декларація про стан здоров'я

Шановний аплікант! Існує ряд захворювань та особливих станів організму, що можуть впливати на ефективність вашої роботи. Тому просимо достовірно та уважно заповнити цей бланк. Якщо Вам щось незрозуміло, або Ви не знаєте як відповісти, запитайте у Вашого лікаря.

Дата: « » 20 р.		“√” або “+”	
	Вкажіть перенесені та наявні хвороби	Так	Ні
1	Інфаркт міокарда, мікроінфаркт	☐	☐
2	Серцева недостатність	☐	☐
3	Аритмія	☐	☐
4	Підвищений тиск	☐	☐
5	Понижений тиск	☐	☐
6	Уповільнене згортання крові	☐	☐
7	Анемія	☐	☐
8	Бронхіальна астма	☐	☐
9	Прояви алергії, атипові реакції на рослини, комах	☐	☐
10	Епілептичні напади	☐	☐
11	Хвороби щитовидної залози	☐	☐
12	Цукровий діабет	☐	☐
13	Захворювання шлунково-кишкового тракту	☐	☐
14	Гепатит А, В, С (в якому році)	☐	☐
15	Венеричні захворювання, СНІД/ВІЛ	☐	☐
16	Туберкульоз (сухоти)	☐	☐
17	Чи приймаєте зараз якісь медикаменти? Якщо так, зазначте їх назву:	☐	☐
18	Чи були Ви оперовані?	☐	☐
19	Чи Ви вагітні? (який термін)	☐тиж.	☐
20	Коли Ви востаннє проходили рентгенографічне обстеження?		
21	Чи Ви палите?	☐	☐
22	Чи приймаєте наркотичні, психотропні речовини? (як ліки)	☐	☐
23	Ви вживаєте міцні алкогольні напої (горілка, віскі, коньяк, ром тощо) частіше, ніж 2 рази на тиждень?	☐	☐
24	Чи є у Вас якісь застереження, які на Вашу думку, мали б бути враховані під час відбору на участь в даній програмі? Якщо так, то зазначте:	☐	☐

Своїм підписом Я _____ підтверджую, що прочитав(-ла) та зрозумів(-ла) зміст всіх вище наведених пунктів анкети та попереджений (-на), що несу повну відповідальність за достовірність наданої мною інформації.

Підпис апліканта _____

(Після заповнення, потрібно завантажити на e-mail: **nleabroad@gmail.com**)