



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 _____
_____ Для фото
3. Рік вступу та закінчення; термін дії студентського квитка _____
(день, місяць, рік) 3,5x4,5
4. Попередній навчальний заклад, що закінчили (технікум, коледж) _____
5. Дата та місце народження _____
6. Номер та серія закордонного паспорту _____
Термін дії з _____ по _____ Орган, що видав _____
Попередні візи (термін дії, країна) _____
7. Номер та серія українського паспорта _____ Дата видачі _____
Виданий ким _____
8. Ідентифікаційний код _____
9. Сімейний стан _____
Якщо стосується: ПІБ дружини/чоловіка, дата народження, кількість дітей _____
10. Адреса проживання за пропискою (обов'язково вказуйте індекс!!!) _____
11. Контактні дані:
Моб.тел.: _____
e-mail: _____
Skype: _____
12. Інформація про батьків (ПІБ, дата народження, сфера зайнятості)
Батько: _____
Мати: _____
Адреса проживання батьків з індексом, контактний номер телефону _____
13. Посвідчення водія категорії А / В / С / D / Е / Т Дата отримання _____
14. 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: _____
15. Практичний досвід роботи (вказіть назву підприємства, галузь, період, обов'язки) _____

16. Попередні закордонні практики (зазначте країну, назву програми, період) _____
17. Про себе: Зріст _____ Вага _____
18. Бажана країна стажування (назва програми): _____
19. Разом з анкетою **ОБОВ'ЯЗКОВО** надати ксерокопії:
 - Загран. паспорт (1 сторінка, і всі сторінки з візами)
 - Внутрішній паспорт України (1, 2 сторінка і сторінка прописки) + копія ідентифікаційного коду

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 “+”	
<i>Вкажіть перенесені та наявні хвороби</i>		<i>Так</i>	<i>Ні</i>
1	Інфаркт міокарда, мікроінфаркт	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Серцева недостатність	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Аритмія	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Підвищений тиск	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Понижений тиск	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Уповільнене згортання крові	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Анемія	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Бронхіальна астма	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Прояви алергії, атипові реакції на рослини, комах	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Епілептичні напади	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Хвороби щитовидної залози	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Цукровий діабет	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Захворювання шлунково-кишкового тракту	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Гепатит А, В, С (в якому році)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Венеричні захворювання, СНІД/ВІЛ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Туберкульоз (сухоти)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Чи приймаєте зараз якісь медикаменти? Якщо так, зазначте їх назву:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Чи були Ви оперовані?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Чи Ви вагітні? (який термін)	<input type="checkbox"/>тиж.	<input type="checkbox"/>
20	Коли Ви востаннє проходили рентгенографічне обстеження?
21	Чи Ви палите?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Чи приймаєте наркотичні, психотропні речовини? (як ліки)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Ви вживаєте міцні алкогольні напої (горілка, віскі, коньяк, ром тощо) частіше, ніж 2 рази на тиждень?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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)