



Заявление для участия в обзорном курсе CGFNS/NCLEX-RN Подготовка Иностраннх Медсестёр по Интернету

3000 Dundee Rd, Suite 209,
Northbrook, Illinois 60062 USA
Telephone: 847.498.3399
Fax: 847.412.9570
www.fciglobalusa.com

Просьба предоставить всю указанную ниже информацию. Использовать для ответов пишущую машинку или аккуратно вписать ответы ручкой, используя печатные буквы

1.	<p>Имя. Вписать или впечатать свое полное имя. В каждой клеточке должна быть только одна буква.</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Первое имя и второе имя (если есть) (оставить пробел между именами)</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Фамилия (оставить пробел между фамилией, состоящей из нескольких частей)</td> </tr> </table>		Первое имя и второе имя (если есть) (оставить пробел между именами)		Фамилия (оставить пробел между фамилией, состоящей из нескольких частей)																
Первое имя и второе имя (если есть) (оставить пробел между именами)																						
Фамилия (оставить пробел между фамилией, состоящей из нескольких частей)																						
2.	<p>Другие имена. Перечислить все остальные фамилии, фигурирующие в ваших документах, при наличии таковых.</p>	<hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin-bottom: 5px;"/> <p>Девичья фамилия/другие фамилии (с указанием юридических документов/свидетельств, подтверждающих изменение имён и фамилий)</p>																				
3.	<p>Адрес Телефон Факс E-mail</p> <p>Указать номера телефонов: (домашний и сотовый) факса и электронный адрес для связи с вами.</p>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Адрес/Номер почтового ящика</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Адрес – продолжение</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Город</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Штат/провинция/область/ район</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Почтовый код</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Страна</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Номер телефона</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Номер дома, Название Улицы</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">Номер факса</td> </tr> <tr> <td style="border: 1px solid black; height: 15px; width: 100%;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">E-mail (пример: name@internet.com)</td> </tr> </table>		Адрес/Номер почтового ящика		Адрес – продолжение		Город		Штат/провинция/область/ район		Почтовый код		Страна		Номер телефона		Номер дома, Название Улицы		Номер факса		E-mail (пример: name@internet.com)
Адрес/Номер почтового ящика																						
Адрес – продолжение																						
Город																						
Штат/провинция/область/ район																						
Почтовый код																						
Страна																						
Номер телефона																						
Номер дома, Название Улицы																						
Номер факса																						
E-mail (пример: name@internet.com)																						

4.	Язык	Родной язык: _____				
5.	Семейное положение	<input type="checkbox"/> Не женат/не замужем <input type="checkbox"/> Женат/замужем <input type="checkbox"/> Проживает отдельно <input type="checkbox"/> Разведен(а) <input type="checkbox"/> Вдовец/вдова				
6.	Дата рождения Указать полностью месяц, день и год рождения.	Месяц <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> День <input type="text"/> <input type="text"/> Год <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			7. Пол Женский <input type="checkbox"/> Мужской <input type="checkbox"/>	
8.	Гражданство	Страна рождения: _____ Гражданство в настоящий момент: _____				
9.	Общее образование Указать все учебные заведения, в которых вы учились, не взирая на то, смог ли вы их окончить, или нет. Приложить фотокопию диплома, аттестата или академическую справку о незаконченном среднем или среднем образовании)	Названия всех учебных заведений, в которых учился заявитель	Город Штат Провинция Страна	Месяц/ год поступил	Месяц/ год окончил	
		Неполные средние (9-8 классов):				
		Средние (10-12 классов):				
10.	Среднее медсестринское образование Информация о каждом среднем медицинском учебном заведении, законченном, или не законченном	Название (я) медсестринского учебного заведения (й)	Город Штат Провинция Страна	Титул, полученный в стране проживания	Месяц/ год поступил	Месяц/ год окончил
11.	Опыт работы по специальности Медицинская Сестра	Количество лет работы в качестве Медсестры после завершения программы среднего медсестринского образования: _____ Количество лет работы в следующих учреждениях системы здравоохранения: Стационар: _____ Специальные отрасли здравоохранения: _____ Клиники: _____ Специализированные области (название) _____ Прочие (название мест работ) _____				
12.	Медсестринская Регистрация/ Лицензия Медсестры Исходная и настоящая	Ваш юридический статус Медсестры в стране, где было получено среднее медсестринское образование (название, так как оно звучит в дипломе или лицензии) _____ _____ _____				

13.	Высшее образование (помимо среднего медицинского образования). Информация о каждом вузе, законченном, или не законченном	Название Высшего учебного заведения	Город Штат Провинция Страна	Титул, полученный в стране проживания	Месяц/год поступил	Месяц/год окончил	
14.	Информация о кредитной карте	<input type="checkbox"/> VISA <input type="checkbox"/> Master Card <input type="checkbox"/> Discover <input type="checkbox"/> American express <input type="checkbox"/> Debit					
		Номер карты:	- - -				
		Срок действия:	День <input type="text"/> <input type="text"/> Год <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>				
		Имя владельца кредитной карты:	_____				

Вы должны подписать и датировать это заявление для того, чтобы она было немедленно принято в работу.

Подпись заявителя _____ **Дата:** _____
(Указать полное имя) (не писать печатными буквами) (Месяц/День/Год)

**Список необходимых приложений
к заявлению для участия в Программе «Скорая Помощь Америке»**

- | | | |
|----|---|----------------------------|
| 1. | Аттестат средней школы | Если имеется |
| 2. | Копия диплома о Медсестринском образовании | Обязательно |
| 3. | Копия приложения к диплому о Медсестринском образовании | Обязательно |
| 4. | Копия диплома о Высшем образовании | Если имеется |
| 5. | Копия приложения к диплому о Высшем образовании | Если имеется |
| 6. | Свидетельство о браке (или разводе) | В случае изменения фамилии |
| 7. | Справка о сданном тесте TOEFL/IELTS | Если имеется |

**Переслать настоящее заявление и все требуемые приложения:
почтой, электронной почтой или по факсу в адрес:
FCI Global USA, Inc.
3000 Dundee Road, Suite 209, Northbrook, IL 60062 USA
Fax: 847- 412- 9570 E-mail: info@fciglobalusa.com**