



MINISTERSTVO ŠKOLSTVÍ,
MLÁDEŽE A TĚLOVÝCHOVY

GOVERNMENT SCHOLARSHIP APPLICATION FORM
CUESTIONARIO DE SOLICITUD DE BECA DEL GOBIERNO
FORMULÁŘ ŽÁDOSTI O STIPENDIUM VLÁDY ČR

Please type or complete in block letters and submit in duplicate./Liene, por favor, el cuestionario con máquina de escribir o con letra de molde. La solicitud debe ser presentada por duplicato./Vyplňte prosím strojepisem nebo hůlkovým písmem a odevzdejte ve dvojitým vyhotovení.

Type of study programme/ Titulaciones/ Typ studijního programu		Photo Fotografía Foto
Name (according the passport) Nombre y apellidos (pasaporte) Jméno (dle pasu)		
Male x Female Varón x Mujer Muž x žena		

Are you applying for

- 1) a study stay with instruction in Czech : bachelors study programme or magisters study programme
2) a study stay with instruction in English : follow-up magisters study programme or doctoral study programme
(Please indicate the appropriate option).

Está Ud. solicitando la beca para los

- 1) estudios realizados en checo : Programa de Estudios de Diplomatura (Bachelor) o programa de Estudios de Licenciatura (Master)
2) estudios realizados en inglés : programa de Estudios de Licenciatura Continuados o Programa de Estudios de Doctorado
(Por favor indique la opción correspondiente).

Podáváte přihlášku

- 1) ke studiu v českém jazyce : bakalářský studijní program nebo magisterský studijní program
2) ke studiu v anglickém jazyce : navazující magisterský studijní program nebo doktorský studijní program
(Označte, prosím, příslušnou volbu).

Date and place of birth Fecha y lugar de nacimiento Datum a místo narození	Nationality Nacionalidad Státní příslušnost	Marital status Estado civil Rodinný stav
Current home address Domicilio actual Bydliště	City-Zip Code/ Ciudad-Código Postal/ Město-PSČ	Country/ País/ Stát
E-mail Correo electrónico	Street No./ Calle N°/ Ulice, č.p. Tel./Fax	
Passport No. N° del pasaporte Číslo pasu	Date of issue Fecha de expedición Datum vydání	Date of expiry Válido hasta Platnost do

Mailing address Dirección a la cual debería ser enviada la correspondencia Adresa pro poštovní styk			
	Street No./Calle N°/Ulice, č.p.	City-Zip Code/ Ciudad-Código Postal/Město-PSČ	Country/Pais/Stát
Applicant's permanent address for at least two previous years Dirección del domicilio durante los últimos dos años Adresa trvalého bydliště minimálně 2 roky zpět			
Present occupation/Empleo actual/Současné zaměstnání	Name and address of educational institution attended or employer/Nombre de la escuela superior/universidad o de empleador/Název a adresa navštěvované vzdělávací instituce nebo zaměstnavatele		
Name and address of person to be notified in case of emergency Nombre, apellido(s) y dirección de la persona con la que se puede poner en contacto en caso de urgencia Jméno a adresa osoby, které má být v naléhavém případě podána zpráva			

EDUCATION / FORMACIÓN / VZDĚLÁNÍ					
	School/University Escuela /Universidad Škola	from desde od	to hasta do	Field of study Carrera Obor studia	Degree/diploma/other certificate Titulo/diploma/otro(s) certificados(s) Titul/diplom/Jiný certifikát
Secondary Education Secundaria Středoškolské vzdělání					
Higher education (undergraduate level) Enseñanza superior (estudios universitarios en curso) Vysokoškolské vzdělání (pregraduální)					
Higher education (postgraduate level) Enseñanza superior (nivel de graduado) Vysokoškolské vzdělání (postgraduální)					
Other Otro Jiné					

LANGUAGE PROFICIENCY / DOMINIO DE IDIOMAS/ JAZYKOVÉ ZNALOSTI			
Languages Idiomas Jazyky	Please indicate the appropriate level using a scale: 1 (excellent) – 2 (good) – 3 (fair) Por favor, indique su nivel de dominio en una escala: 1 (muy bien) – 2 (bien) – 3 (básico) Prosím označte příslušnou úroveň: 1 (výborně) – 2 (velmi dobře) – 3 (dobře)		
	Reading/Lectura/Čtení	Speaking/Expresión oral/Ústní projev	Writing/Escritura/Psani
Czech/Checo/ Čeština			
English/Inglés/Angličtina			
French/Francés/Francouzština			
German/Alemán/Němčina			
Spanish/Español/Španělština			
.....			

Previous study/research stays abroad. Please specify the year, place, field of study/research and length of stay.
Estudio Ud. en otro país? En caso afirmativo, especifique el año, lugar, especialidad y la duración de la estancia.
Studoval/a jste v zahraničí? Upřesněte prosím rok, místo, účel a délku pobytu.

Please specify the field of study you wish to follow in the Czech Republic.
Por favor, especifique el curso que Usted desea seguir.
Upřesněte prosím o jaký obor studia máte zájem.

Enclosures required *) (Please attach the following documents in two copies.)
Los anexos exigidos *) (Por favor, adjunte los siguientes documentos en dos fotocopias.)
Požadované přílohy *) (Prosím přiložte ve dvojnásobném vyhotovení.)

*See INSTRUCTIONS REGARDING THE SCHOLARSHIP AWARD SCHEME OF THE GOVERNMENT OF THE CZECH REPUBLIC, véase DISPOSICIONES PARA LA CONCESIÓN DE BECAS DEL GOBIERNO DE LA REPÚBLICA CHECA, viz DISPOZICE K PŘÍZNÁNÍ STIPENDIÍ VLÁDY ČESKÉ REPUBLIKY

Please note:

- Incomplete scholarship application dossiers and/or inadequately completed scholarship application forms will not be processed.
- I was informed about the terms and conditions for the scholarship.
- I hereby certify that the information given in this application is true and complete to the best of my knowledge.

Aviso:

- Documentos incompletos y/o un cuestionario de solicitud de beca incompleto no serán procesados.
- He sido informado/a sobre las condiciones para obtener la beca.
- Por la presente certifico que todas las afirmaciones en este cuestionario son verdaderas y completadas según lo mejor de mi conocimiento.

Upozornění:

- Neúplné složky žádosti o stipendium a/nebo nedostatečně vyplněné formuláře žádosti o stipendium se nebudou posuzovat.
- Byl/a jsem informován/a o podmínkách stipendia.
- Stvrzuji tímto, že informace uvedené v této žádosti jsou pravdivé a úplné podle mého nejlepšího vědomí a svědomí.

I the undersigned hereby agree that my personal data provided in this application form and attachments hereto will be processed in order to attend to my application for the award of scholarship and stored by the Ministry of Education, Youth and Sport and the Ministry of Foreign Affairs of the Czech Republic (in compliance with the respective Act No. 101 /2000, on the Protection of Personal Data and on the Amendment to Some Acts, as last amended).

Yo el infrascrito, de acuerdo con la Ley No. 101/2000 BOE sobre la protección de información personal y sobre el cambio de algunas leyes, según las reglas posteriores, que la información personal que indico en el Cuestionario y sus adjuntos sea usada y guardada por tiempo indefinido para uso de los gestores del programa de becas y estudio, en el marco del cual solicito la beca en la República Checa.

Já, níže podepsaný/á, souhlasím s tím, aby mé osobní údaje uvedené v tomto formuláři žádosti a přílohách k němu byly zpracovány při vyřizování této mé žádosti o přiznání stipendia a uchovány pro potřeby Ministerstva školství, mládeže a tělovýchovy České republiky a Ministerstva zahraničních věcí České republiky v souladu s příslušnými ustanoveními zákona č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Place
En
Místo

.....

Date
Fecha
Datum

.....

Signature
Firma
Podpis

.....

Ministry of Education, Youth and Sport of the Czech Republic
Department for International Relations
Karmelitská 7, 118 12 Praha 1 Tel.:257193111 – fax: 257193397

Medical Certificate

Name and Surname of the Candidate:

Date of birth:

Address:

1/ Is it likely that the medical condition of the candidate at the time of issuing this certificate could be worsened when starting the intensive study abroad?

2/ Has the candidate suffered or still suffers from any of the diseases listed bellow?

a/ tuberculosis – enclose X-ray examination results not older than six months

b/ typhoid, of so, submit the report when the test on carrier of infection was carried out and the result of it:

c/ sexually transmitted infections:

d/ mental disorders:

e/ serious diseases of the blood circulation system including the heart disease:

f/ serious diseases of the pulmonary system including chronic disease of the lungs:

g/ serious diseases of the digestion system including the liver disease:

h/ serious diseases of the urinary tract and genital organs:

ch/ any other diseases requiring constant medical control or treatment, such as diabetes mellitus, fits, malignant formations etc.:

i/ further remarks of the physician:

Date:

Signature of the physician:

Name of the physician:

Address:

Stamp: