



**בקשה לתעודת המעידה על אזרחות ישראלית**  
**Application for a Certificate of Israeli Citizenship**

נכוחות אישית חובה או ע"י הצגת יפוי כח נטריוני  
 Must be made in person or by presenting notarized power-of-attorney

**פרטי מבקש/ת השרות**  
**Particulars of Applicant**

הקרבה Relation	שם הפרטי Given name	שם המשפחה Surname	מספר זהות Identity number

מס' הטלפון Telephone no.	המען למשלוח התעודה Address for sending certificate				
	המיקוד ZIP/postal code	מספר הדירה Apartment no.	מספר הבית House no.	הרחוב Street	הישוב Town

מטרת הבקשה: \_\_\_\_\_  
 Purpose of application

יש לסמן X במקום המתאים:  התעודה נדרשת בשפה העברית.  התעודה נדרשת בעברית ואנגלית.  
 Certificate required in Hebrew Certificate required in Hebrew and English Mark with an X as appropriate

הבקשה מוגשת עבור\*:  עצמי  ילדי הקטינים  אחר (בצירוף יפוי כח נטריוני)  
 The application is submitted for\* Myself My children who are minors Other (attach notarized power-of-attorney)

האם יש לכלול בתעודה תאריך רכישת האזרחות?  כן  לא  
 Should the date of acquiring citizenship appear on the certificate? Yes No

האם יש לכלול בתעודה את אופן רכישת האזרחות?  כן  לא  
 Should the manner of acquiring citizenship appear on the certificate? Yes No

**פרטי האדם אודותיו מוגשת הבקשה**  
**Particulars of person for whom application is being made**

										מספר זהות Identity number
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	------------------------------

ארץ הלידה Country of birth	שם האם Mother's name	שם האב Father's name	שם הפרטי Given name	שם המשפחה Surname	
					בעברית In Hebrew
					בלועזית In English

בתוקף עד Valid until	מס' הדרכון הזר Foreign passport no.	האזרחות זרה Foreign citizenship	תאריך הרישום כעולה Date of registration as immigrant	המצב האישי Marital status	מין Gender	תאריך הלידה Date of birth		
						שנה Year	חודש Month	יום Day
				<input type="checkbox"/> נשוי/אה <input type="checkbox"/> רווקה <input type="checkbox"/> גרושה <input type="checkbox"/> אלמנה <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/> אלמנה	<input type="checkbox"/> זכר <input type="checkbox"/> נקבה <input type="checkbox"/> אלמנה			

מס' הטלפון Telephone no.	המען Address				
	המיקוד ZIP/postal code	מספר הדירה Apartment no.	מספר הבית House no.	הרחוב Street	הישוב Town

חתימת המבקש/ת: \_\_\_\_\_ התאריך: \_\_\_\_\_  
 Signature of applicant Date

\* יש להגיש בקשה עבור כל אדם בנפרד  
 An application must be submitted for each person separately

**לשימוש המשרד**  
**For Official Use**

81 / אז

קבלה מס' _____ Receipt no.:	שם הפקיד/ה מקבלת הבקשה: _____ Application received by:	התאריך: _____ date:	הלשכה / המדור הקונסולרי הישראלי ב: _____ The Bureau /Israeli consular department in:
תאריך: _____ Dated:	פרטי המסמכים שנבדקו: _____ Details of the documents checked		