

הודעה בדבר בחירת שם Notificación de Selección de Nombre

Datos del Notificante:							פרטי המודיעה			
מספר הזהות Documento de de Identidad										
שם המשפחה Apellido	שם הפרטי Nombre	שם האב Nombre del padre	שם האם Nombre de la madre	תאריך הלידה Fecha de nacimiento			ארץ הלידה País de nacimiento	מצב האזרחי Estado Civil		מין Sexo
				שנה Año	חודש Mes	יום Día	<input type="checkbox"/> רווק Soltero/ a	<input type="checkbox"/> נשוי Casado/a	<input type="checkbox"/> זכר Varón	
							<input type="checkbox"/> גרוש Divorcia- do/a	<input type="checkbox"/> אלמן Viudo/a	<input type="checkbox"/> נקבה Mujer	
המען: Dirección							מספר הטלפון Número de teléfono:			
הישוב Ciudad	הרחוב Calle		מספר הבית Número	מספר הדירה Piso	מיקוד Código postal					

בחירת שם – למי שנישאה

(לפי סעיף 6 לחוק השמות, התשט"ז-1956)

חובה להופיע אישית ולהציג את תעודת הזהות, הדרכון ותמונה עדכנית שלך ושל בן/בת הזוג בעת מסירת הודעה זו.*

Selección de nombre – para una persona que haya contraído matrimonio

(Según la Sección 6 de la Ley de Nombres, 5716 – 1956)

Debe acudir personalmente y presentar su documento de identidad, pasaporte y fotografía actual, junto con los de su cónyuge, cuando vaya a presentar esta notificación.*

אני מודיעה/ה בזה על החלטתי: (לידיעתך, לפי סעיף 2(ב) לחוק השמות ניתן לרשום עד שני שמות משפחה בלבד.) נא לסמן X במשבצת המתאימה לבחירתך			
Por la presente comunico mi decisión: (para su información, según la Sección 2 (b) de la Ley de Nombres, puede introducir hasta dos apellidos)			
Por favor, marque la casilla correspondiente a su elección:			
<input type="checkbox"/> De adoptar el apellido de mi cónyuge.		<input type="checkbox"/> לשאת את שם המשפחה של בן/בת הזוג.	
<input type="checkbox"/> De continuar utilizando mi apellido actual.		<input type="checkbox"/> להמשיך ולשאת את שם המשפחה הנוכחי שלי.	
<input type="checkbox"/> De recuperar el uso de mi nombre antiguo.		<input type="checkbox"/> לחזור ולשאת את שם משפחתי הקודם.	
<input type="checkbox"/> De añadir el apellido de mi cónyuge al mío propio.		<input type="checkbox"/> לצרף לשם משפחתי את שם המשפחה של בן/בת זוגי.	
<input type="checkbox"/> De utilizar, junto con mi cónyuge, un nuevo apellido. **		<input type="checkbox"/> לשאת יחד עם בן/בת זוגי שם משפחה חדש**.	
<input type="checkbox"/> De añadir otro nombre, elegido conjuntamente con mi cónyuge, a nuestro apellido. **		<input type="checkbox"/> לצרף לשם משפחתי שם נוסף שנבחר יחד עם בן/בת זוגי**.	
Apellido elegido _____		שם המשפחה שנבחר _____	
** Ambos cónyuges deben acudir en persona. חובה נוכחות אישית של שני בני הזוג.			
תאריך Fecha	חתימת המודיעה/ה (בנוכחות הפקיד) Firma del notificante (en presencia del funcionario)	חתימת בן/בת הזוג (בנוכחות הפקיד) Firma del cónyuge (en presencia del funcionario)	שם הפקיד Nombre del funcionario

בחירת שם – למי שנישואיו פקעו

(לפי סעיף 7 לחוק השמות, התשט"ז-1956)

חובה להופיע אישית ולהציג את תעודת הזהות, הדרכון ותמונה עדכנית שלך בעת מסירת הודעה זו.*

Selección de nombre – para una persona que haya finalizado su matrimonio

(Según la Sección 7 de la Ley de Nombres, 5716 – 1956)

Debe acudir personalmente y presentar su documento de identidad, pasaporte y fotografía actual cuando vaya a presentar esta notificación.*

אני מודיעה/ה בזה על החלטתי: (לידיעתך, לפי סעיף 2(ב) לחוק השמות ניתן לרשום עד שני שמות משפחה בלבד.)			
Por la presente comunico mi decisión: (para su información, según la Sección 2 (b) de la Ley de Nombres, puede introducir hasta dos apellidos)			
<input type="checkbox"/> De recuperar el uso de mi nombre antiguo.		<input type="checkbox"/> לשוב ולשאת שם משפחתי הקודם	
<input type="checkbox"/> De añadir mi nombre de soltera a mi apellido actual.		<input type="checkbox"/> לצרף לשם משפחתי הנוכחי שם משפחת נעורי	
Apellido elegido _____		שם המשפחה שנבחר _____	
תאריך Fecha	חתימת המודיעה/ה (בנוכחות הפקיד) Firma del notificante (en presencia del funcionario)	שם הפקיד Nombre del funcionario	

*Por la presente declaro que no poseo un pasaporte israelí en regla.

* הנני מצהירה/ה שאין ברשותי/נו דרכון ישראלי בר תוקף.

חתימת המצהירה/ה
Firma del declarante

לימוש המשרד
Sólo para uso de la oficina

הלשכה האזורית ב- _____ תאריך: _____ שם מאשר הבקשה: _____
Oficina regional en _____ Fecha _____ Nombre de la persona que ha aprobado la solicitud _____