

IN THE NAME OF GOD



شرکت خدمات مسافرتی و گردشگری

نایاب گشت امیران

APPLICATION FOR VISITOR VISA ( TEMPORARY RESIDENT VISA)

نوع سرویس انتخابی: انگلیسی  فرانسوی  نوع ویزای درخواستی: توریستی  ترانزیت

اطلاعات فردی:

نام خانوادگی:		نام:	
آیا تا به حال نام خود را تغییر داده اید:		بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	
نام خانوادگی قبلی:		نام قبلی:	
جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>	نامشخص <input type="checkbox"/>	تاریخ تولد به میلادی: روز: ماه: سال:	کشور محل تولد:
شهروند:			
کشور محل اقامت (در حال حاضر):			
کشور:	وضعیت اقامت:	از تاریخ: روز: ماه: سال:	تا تاریخ: روز: ماه: سال:
آیا در کشور دیگری اقامت داشته اید: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>			
اگر در کشوری به غیر از کشور خود در طی پنج سال گذشته اقامت داشته اید که مدت زمان اقامت آن بیشتر از 6 ماه بوده است نام ببرید:			
کشور:	وضعیت اقامت:	از تاریخ: روز: ماه: سال:	تا تاریخ: روز: ماه: سال:
کشوری که از آن درخواست ویزا میکنید آیا با کشور محل اقامتتان یکی است: بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>			
در صورت جواب خیر محل اقامت و مدت آن را بنویسید:			
کشور:	وضعیت اقامت:	از تاریخ: روز: ماه: سال:	تا تاریخ: روز: ماه: سال:
وضعیت تاهل فعلی: در صورت ازدواج تاریخ آنرا وارد کنید: روز: ماه: سال:			
مشخصات همسر یا شریک قانونی در صورت وجود:			
نام خانوادگی:		نام:	
آیا قبلا ازدواج کرده اید؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>			
تاریخ تولد همسر: روز: ماه: سال:	نوع رابطه:	از تاریخ: روز: ماه: سال:	تا تاریخ: روز: ماه: سال:

زبان:

زبان مادری:	اگر زبان مادری شما غیر از انگلیسی و فرانسه است کدام را بیشتر استفاده می کنید:	آیا می توانید به زبان انگلیسی و فرانسه ارتباط برقرار کنید؟
آیا تا به حال آزمون زبان انگلیسی و فرانسه در سطح بین المللی داده اید؟		بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>

گذرنامه:

شماره پاسپورت:	کشور صادر کننده:	تاریخ صدور گذرنامه: روز: ماه: سال:	تاریخ انقضا گذرنامه: روز: ماه: سال:
----------------	------------------	------------------------------------	-------------------------------------

سند هویت ملی (کارت ملی):

آیا کارت ملی دارید؟  بلی  خیر

شماره کارت ملی:	کشور صادر کننده یا محل اقامت:	تاریخ صدور کارت ملی:	تاریخ انقضا کارت ملی:
روز: ماه: سال:	روز: ماه: سال:	روز: ماه: سال:	روز: ماه: سال:

اطلاعات کارت PR امریکا:

آیا شما اقامت دائم امریکا و یا گرین کارت دارید؟  بلی  خیر

شماره گرین کارت:	تاریخ انقضا:
روز: ماه: سال:	روز: ماه: سال:

اطلاعات تماس:

اطلاعات پستی:	
واحد	پلاک
شهر	کشور
آیا آدرس کنونی شما با آدرس پستی تان یکی است؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر	
واحد	پلاک
شهر	کشور
شماره تلفن همراه:	شماره تلفن ثابت:
شماره فکس:	آدرس ایمیل:

جزئیات سفر به کانادا:

هدف از سفر شما به کانادا:

مدت زمان اقامت شما در کانادا:	از تاریخ:	تا تاریخ:	میزان پول که همراه خود میبرید:
روز: ماه: سال:	روز: ماه: سال:	روز: ماه: سال:	سال: ماه: روز:

نام و آدرس فرد ملاقات شونده در کانادا:

نفر اول:	نام:
نسبت:	آدرس کانادا:
نفر دوم:	نام:
نسبت:	آدرس کانادا:

تحصیلات:

آیا دارای تحصیلات تکمیلی هستید؟ <input type="checkbox"/> بلی <input type="checkbox"/> خیر		
از تاریخ:	رشته تحصیلی:	نام دانشگاه:
روز: ماه: سال:	شهر محل تحصیل:	کشور:
تا تاریخ:	شهر محل تحصیل:	کشور:
روز: ماه: سال:		



وضعیت شغلی خود را در 10 سال گذشته توضیح دهید:  
 اگر بازنشسته هستید در مورد ده سال قبل از بازنشستگی خود را بنویسید:

1	از تاریخ : روز: ماه: سال:	نوع سمت :	نام کمپانی:
	تا تاریخ : روز: ماه: سال:	شهر :	کشور:
2	از تاریخ : روز: ماه: سال:	نوع سمت :	نام کمپانی:
	تا تاریخ : روز: ماه: سال:	شهر :	کشور:
3	از تاریخ : روز: ماه: سال:	نوع سمت :	نام کمپانی:
	تا تاریخ : روز: ماه: سال:	شهر :	کشور:
4	از تاریخ : روز: ماه: سال:	نوع سمت :	نام کمپانی:
	تا تاریخ : روز: ماه: سال:	شهر :	کشور:

پیشینه اطلاعاتی:

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	خیر	بله	در طی دو سال اخیر در شما یا نزدیکانتان مشکلات ریوی ناشی از سل دیده شده است؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	خیر	بله	آیا مشکلات عقب ماندگی ذهنی و معلولیت جسمی که نیاز به خدمات پزشکی داشته باشد را دارید؟
در صورت مثبت بودن هر کدام از دو سوال بالا اطلاعات کامل پزشکی درج شود.				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	خیر	بله	آیا تا به حال به صورت غیر قانونی برای شرکت ، موسسه و یا مراکز آموزشی کار کرده اید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	خیر	بله	آیا تا به حال درخواست ویزای شما از کانادا و یا هر کشور دیگری رد شده است؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	خیر	بله	آیا تا به حال درخواست صدور و یا تمدید ویزای کانادا داده اید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	خیر	بله	آیا تا به حال به صورت غیر قانونی وارد خاک کشور کانادا و یا دیگر کشور ها شده اید؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	خیر	بله	آیا تا به حال مرتکب جرم ، دستگیری و یا زندان در هر کشوری اید؟
در صورت مثبت بودن هر کدام از سوالات بالا اطلاعات کامل درج شود.				
آیا سابقه حضور در ارتش و یا نیروهای دفاعی ، حفاظت اطلاعات ، پلیس و سازمان های نظامی به صورت داوطلبانه و رسمی داشته اید ( حتی سربازی)؟				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	خیر	بله	
از تاریخ : روز: ماه: سال:				
تا تاریخ : روز: ماه: سال:				
درجه:				
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	خیر	بله	آیا تا به حال عضو سازمان های سیاسی و یا مذهبی خاصی بوده اید ؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	خیر	بله	آیا تا به حال کمک های خیریه به زندانیان و مکان های فرهنگی داشته اید؟

IN THE NAME OF GOD



شرکت خدمات مسافرتی و گردشگری  
نایاب گشت امیران

FAMILY INFORMATION

نوع ویزای درخواستی : توریستی  کار  شجویی  بره

بخش A

اشخاصی که در این سفر شما را همراهی میکنند. بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آدرس کنونی		وضعیت تاهل	تاریخ تولد به میلادی		نسبت	نام و نام خانوادگی
	شغل کنونی			کشور محل تولد			
						فرد متقاضی	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					همسر یا شریک قانونی	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					مادر	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					پدر	

بخش B فرزندان : شامل پسران ، دختران ، فرزندان تحت تکفل

اشخاصی که در این سفر شما را همراهی میکنند. بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آدرس کنونی		وضعیت تاهل	تاریخ تولد به میلادی		نسبت پسر یا دختر	نام و نام خانوادگی
	شغل کنونی			کشور محل تولد			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			روز : ماه : سال :			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			روز : ماه : سال :			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			روز : ماه : سال :			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			روز : ماه : سال :			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			روز : ماه : سال :			

بخش C : شمل خواهران و برادران تکی و غیر تکی

اشخاصی که در این سفر شما را همراهی میکنند.	آدرس کنونی		وضعیت تاهل	تاریخ تولد به میلادی	نسبت برادر یا خواهر	نام و نام خانوادگی
	بله	خیر		کشور محل تولد		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			روز : ماه : سال:		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			روز : ماه : سال:		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			روز : ماه : سال:		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			روز : ماه : سال:		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			روز : ماه : سال:		

در صورت عدم تکمیل آدرس ها در فرم های A,B,C تمامی آدرس ها در این قسمت تکمیل شود:

آدرس فرد متقاضی به صورت کامل:

آدرس همسر و یا شریک قانونی متقاضی به صورت کامل:



آدرس پدر متقاضی به صورت کامل:

نایاب گشت امیران

آدرس مادر متقاضی به صورت کامل:

آدرس خواهران با ذکر نام ها به صورت کامل:

آدرس برادران با ذکر نام و به صورت کامل:

آدرس فرزندان به صورت کامل:



شرکت خدمات مسافرتی و گردشگری

نایاب گشت امیران

SCHEDULE

وضعیت نظام وظیفه :

آیا تا به حال جز نیروهای مسلح بوده اید؟ اعم از خدمت سربازی، نیروهای مسلح و یا نیروهای امنیتی؟  بله  خیر

کشور	استان	محل خدمت	تا تاریخ	از تاریخ
			ماه: سال:	ماه: سال:
			ماه: سال:	ماه: سال:
			ماه: سال:	ماه: سال:
			ماه: سال:	ماه: سال:

آیا تا به حال کمک های خیریه به زندانیان و مکان های فرهنگی داشته اید؟  بله  خیر

کشور	استان	محل خدمت	تا تاریخ	از تاریخ
			ماه: سال:	ماه: سال:
جزئیات:				
			ماه: سال:	ماه: سال:
جزئیات:				
			ماه: سال:	ماه: سال:
جزئیات:				
			ماه: سال:	ماه: سال:

آیا تا به حال عضو سازمان های سیاسی و یا مذهبی خاصی بوده اید؟  بله  خیر

کشور و استان	نوع فعالیت	نام سازمان	تا تاریخ	از تاریخ
			ماه: سال:	ماه: سال:
			ماه: سال:	ماه: سال:
			ماه: سال:	ماه: سال:

آیا تا به حال شغل دولتی اعم از قاضی، پلیس، شهردار، نماینده مجلس، کارمند دولت، و یا ریاست بیمارستان های دولتی را داشته اید؟  بله  خیر

نام سازمان و نوع فعالیت	درجه شغلی	کشور	تا تاریخ	از تاریخ
			ماه: سال:	ماه: سال:
			ماه: سال:	ماه: سال:
			ماه: سال:	ماه: سال:

