

فرم مشخصات فردی

نام و نام خانوادگی:	نام و نام خانوادگی قبلی:	نام و نام خانوادگی پدر:	نام و نام خانوادگی مادر:
وضعیت تاهل: مجرد	متاهل	مطلقه	بیوه
تعداد فرزندان با ذکر جنسیت:			
نام و نام خانوادگی همسر (در صورت تاهل):	تاریخ تولد همسر: / /	محل تولد همسر:	شغل همسر:
نشانی دقیق محل سکونت:			
تلفن منزل:	تلفن همراه:	کد پستی:	ایمیل آدرس:
شغل:	سمت:	نام محل کار یا تحصیل:	زمینه فعالیت:
آدرس محل کار یا تحصیل:	مدت زمان فعالیت:		
تلفن محل کار یا تحصیل:			
سایر درآمد ها:	اجاره املاک (ماهانه):	میزان درآمد:	تومان
سوابق سفری:			
ویزای شنغن	کشور / تاریخ:	نام سفارت:	تاریخ انگشتنگاری: / /
علت رد ویزا:			
ویزای غیر شنغن	کشور / تاریخ:	نام سفارت:	تاریخ انگشتنگاری: / /
علت رد ویزا:			
آیا اقامت کشور دیگری دارید: بلی	خیر	شماره مجوز:	تاریخ صدور:
تاریخ انقضا:			
در صورت داشتن اقوام یا دوستان نزدیک در اروپا، آمریکا، کانادا، استرالیا و ژاپن، قسمت زیر را تکمیل نمایید:			
نام و نام خانوادگی:	نسبت:	کشور و محل اقامت:	نوع و مدت اقامت:
نام و نام خانوادگی:	نسبت:	کشور و محل اقامت:	نوع و مدت اقامت:
نوع واکسن:	فاز سوم واکسن:		
نام و نام خانوادگی یکی از نزدیکان، شماره همراه و شغل را جهت مواقع ضروری بنویسید:			
اینجانب	فرزند	با شماره ملی	صحت و درستی مطالب فوق را تأیید نموده و طبعاً مسئولیت
کلیه تبعات ناشی از ارائه اطلاعات نادرست را میپذیرم.			
امضا		تاریخ	