

وضعیت جسمانی

در صورت ابتلا به هرگونه بیماری

نام بیماری	مراقبت ویژه	قابلیت انتقال
۱.		
۲.		
۳.		

وضعیت شغلی

شغل:
شغل (به انگلیسی):
رشته تحصیلات:
رشته تحصیلات (به انگلیسی):
نوع مدرک:
محل کار:
کد شناسایی:
سال شروع فعالیت:

در صورت تحت تکفل بودن

شغل پدر:
شغل مادر:

سابقه سفر:

در صورت وجود سفرهای قبلی خارج از کشور (اروپا، انگلیس، کانادا، آمریکا و استرالیا)

نام کشور:	تاریخ انجام:	مدت اقامت:
۱.		
۲.		

در صورت سابقه رد درخواست روادید

نام سفارتخانه:	تاریخ درخواست:	توضیح:
۱.		
۲.		

آدرسها:

آدرس و تلفن محل سکونت:

(کد پستی ده رقمی)

آدرس و تلفن محل کار:

شماره تلفن همراه:
پست الکترونیکی: