

نوع ویزای درخواستی: توریستی تحصیلی

PERSONAL DETAILS

اطلاعات فردی:

نام خانوادگی:		نام:	
آیا تا به حال نام خود را تغییر داده اید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت تغییر نام و نام خانوادگی قبلی:			
نسبت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>	تاریخ تولد به میلادی:	شهر محل تولد:	کشور محل تولد:
روز:	ماه:	سال:	شهروند:
کشور محل اقامت (در حال حاضر):			
کشور	وضعیت اقامت	از تاریخ	تا تاریخ
روز:	ماه:	سال:	روز:
ماه:	سال:	روز:	ماه:
سال:	روز:	ماه:	سال:
آیا در کشور دیگری اقامت داشته اید؟ <input type="checkbox"/> بله <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 ۶ ماه بوده نام ببرید.			
کشور	وضعیت اقامت	از تاریخ	تا تاریخ
روز:	ماه:	سال:	روز:
ماه:	سال:	روز:	ماه:
سال:	روز:	ماه:	سال:
جهت انگشت نگاری به کدام شهر سفر می کنید؟ <input type="checkbox"/> آنکارا <input type="checkbox"/> استانبول <input type="checkbox"/> سایر نقاط <input type="checkbox"/>			

وضعیت تأهل فعلی:	در صورت ازدواج تاریخ آن را وارد نمایید: روز:	ماه:	سال:
مشخصات همسر یا نامزد در صورت وجود: نام خانوادگی: نام:			
آیا قبلاً ازدواج کرده اید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>			
نام و نام خانوادگی همسر سابق:			
تاریخ تولد همسر سابق:	تاریخ ازدواج قبلی:	تاریخ طلاق یا فوت همسر:	
روز:	ماه:	سال:	روز:
ماه:	سال:	روز:	ماه:
سال:	روز:	ماه:	سال:

LANGUAGE(S)

زبان:

زبان مادری:	آیا می توانید با زبان انگلیسی و فرانسه ارتباط برقرار کنید:
آیا تا به حال آزمون زبان انگلیسی و فرانسه در سطح بین المللی داده اید؟ <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	

گذرنامه:

PASSPORT

۱- شماره پاسپورت:	۲- کشور صادر کننده:	۳- تاریخ صدور گذرنامه:	۴- تاریخ انقضای گذرنامه:
روز:	ماه:	سال:	روز:
ماه:	سال:	روز:	ماه:
سال:	روز:	ماه:	سال:

NATIONAL IDENTITY DOCUMENT

اطلاعات کارت ملی:

شماره کد ملی:	کشور صادر کننده:	تاریخ صدور:	تاریخ انقضا:
---------------	------------------	-------------	--------------

US PR CARD

گرین کارت آمریکا:

آیا شما گرین کارت آمریکا را دارید؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	شماره کارت:	تاریخ انقضا:
--	-------------	--------------

CONTACT

اطلاعات تماسی:

INFORMATION

واحد:	پلاک:	خیابان:
شهر:	کشور:	کد پستی:
آیا آدرس کنونی شما با آدرس پستیتان یکی است؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>		
در صورت مغایرت لطفا اطلاعات کامل آدرس را ذکر کنید:		
شماره ثابت:	شماره همراه:	
آدرس ایمیل:		

DETAILS OF VISIT TO

جزئیات سفر به کانادا:

CANADA

هدف از سفر شما به کانادا:	سفر از تاریخ	سفر تا تاریخ	میزان پول همراهی:
	روز: ماه: سال:	روز: ماه: سال:	روز: ماه: سال:
مشخصات فرد مورد ملاقات شما در کانادا نفر اول:	نام:	نسبت:	
آدرس کانادا:			
مشخصات فرد مورد ملاقات شما در کانادا نفر دوم:	نام:	نسبت:	
آدرس کانادا:			

EDUCATION

تحصیلات:

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

EMPLOYMENT

کار و استخدام:

وضعیت شغلی خود را در ۱۰ سال گذشته توضیح دهید: اگر بازنشسته اید در مورد ۱۰ سال قبل از بازنشستگی خود را بنویسید:			
از تاریخ روز:	ماه:	سال:	سمت کنونی:
تا تاریخ روز:	ماه:	سال:	شهر:
از تاریخ روز:	ماه:	سال:	سمت قبلی:
تا تاریخ روز:	ماه:	سال:	شهر:
از تاریخ روز:	ماه:	سال:	سمت قبل تر:
تا تاریخ روز:	ماه:	سال:	شهر:

BACKGROUND INFORMATION

پیشینه اطلاعاتی:

<p>۱- در طی دو سال اخیر شما یا نزدیکان شما مشکلات ریوی ناشی از بیماری سل دیده شده؟</p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>آیا مشکلات عقب ماندگی ذهنی و معلولیت جسمی که نیاز به خدمات پزشکی داشته باشد دارید؟</p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>در صورت مثبت بودن هر کدام از دو جواب بالا اطلاعات کامل پزشکی قید شود.</p>
<p>۲- آیا تا به حال به صورت غیر قانونی برای شرکت، مؤسسه و یا مرکز آموزشی کار کرده اید؟</p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>آیا تا به حال درخواست ویزای شما از کانادا یا هر کشور دیگری رد شده است؟</p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>یا تا به حال درخواست صدور و یا تمدید ویزای کانادا را داده اید؟</p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>آیا تا به حال به صورت غیر قانونی وارد خاک کشور کانادا و دیگر کشورها شده اید؟</p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>
<p>۳- آیا تا به حال مرتکب جرم، دستگیری و یا زندان در کشوری شده اید؟</p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p> <p>در صورت مثبت بودن سؤال بالا با جزئیات توضیح دهید:</p>
<p>۴- آیا سابقه حضور در ارتش و نیروهای دفاعی، حفاظت اطلاعاتی، پلیس و سازمان های نظامی به صورت داوطلبانه و رسمی داشته اید؟</p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>
<p>از تاریخ: روز: ماه: سال:</p> <p>کشور محل خدمت:</p>
<p>از تاریخ: روز: ماه: سال:</p> <p>شهر محل خدمت:</p>
<p>۵- آیا تا به حال عضو سازمان های سیاسی و یا مذهبی خاصی که درگیر خشونت یا حمایت از آن باشند بوده اید؟</p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>
<p>۶- آیا تا به حال مشارکت در آزار و اذیت زندانیان و یا افراد غیر نظامی داشته و یا شاهد آن بوده اید؟</p> <p>بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/></p>

فرم مشخصات خانوادگی ویزای کانادا

نوع ویزای درخواستی: توریستی کار دانشجویی

بخش اول :

در این سفر همراه شما هستند؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	شغل کنونی	وضعیت تاهل	تاریخ تولد میلادی	نسبت	نام و نام خانوادگی
	آدرس کنونی		کشور و شهر محل تولد		
<input type="checkbox"/>			روز: ماه: سال:	فرد متقاضی	
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>			روز: ماه: سال:	همسریا شریک قانونی	
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>			روز: ماه: سال:	مادر	
<input type="checkbox"/>					
<input type="checkbox"/>			روز: ماه: سال:	پدر	
<input type="checkbox"/>					

بخش دوم :

فرزندان : (شامل پسران ، دختران ، فرزندان تحت تکفل)

در این سفر همراه شما هستند؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	شغل کنونی	وضعیت تاهل	تاریخ تولد میلادی	نسبت پسر یا دختر	نام و نام خانوادگی
	آدرس کنونی		کشور و شهر محل تولد		
<input type="checkbox"/>			روز: ماه: سال:		
<input type="checkbox"/>			روز: ماه: سال:		
<input type="checkbox"/>			روز: ماه: سال:		
<input type="checkbox"/>			روز: ماه: سال:		
<input type="checkbox"/>			روز: ماه: سال:		

SAHEL GASHT

بخش سوم :

شامل خواهران و برادران (همه ی برادران و خواهران ، تنی و غیر تنی)

در این سفر همراه شما هستند؟ بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	شغل کنونی	وضعیت تاهل	تاریخ تولد میلادی	نسبت برادریا خواهر	نام و نام خانوادگی
	آدرس کنونی		کشور و شهر محل تولد		
<input type="checkbox"/>			روز: ماه: سال:		
<input type="checkbox"/>			روز: ماه: سال:		
<input type="checkbox"/>			روز: ماه: سال:		
<input type="checkbox"/>			روز: ماه: سال:		
<input type="checkbox"/>			روز: ماه: سال:		
<input type="checkbox"/>			روز: ماه: سال:		

اینجانب صحت اطلاعات تکمیل شده را تأیید نموده و مسؤلیت مواردی که تکمیل نشده به عهده اینجانب می باشد.

تاریخ و امضا