



فرم مشخصات فردی کانادا

(مسئولیت صحت اطلاعات فرم به عهده پرکننده می باشد)

نام و نام خانوادگی		نام قبلی اگر نام و یا نام خانوادگی خود را تغییر داده اید.		جنسیت
				مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>
تاریخ تولد به میلادی		شهر محل تولد	استان محل تولد	کشور محل تولد
آیا تابحال اقامت کشور دیگری را داشته اید؟		در صورت مثبت بودن جواب سوال قبلی، نام کشور یا کشورها، تاریخ دقیق و نوع اقامت را مشخص نمایید.		
<input type="checkbox"/> خیر		<input type="checkbox"/> بله		
جهت انگشت نگاری به کدام شهر سفر می کنید؟		تاریخ ورود به شهر موردنظر جهت انگشت نگاری		تاریخ خروج از شهر موردنظر
آنکارا <input type="checkbox"/> استانبول <input type="checkbox"/> دبی <input type="checkbox"/> ابوظبی <input type="checkbox"/> سایر نقاط <input type="checkbox"/>				
وضعیت تاهل		نام و نام خانوادگی همسر		تاریخ ازدواج
مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مطلقه <input type="checkbox"/> بیوه <input type="checkbox"/>				
در صورت طلاق یا فوت همسر، علاوه بر اطلاعات فوق، تاریخ فوت یا طلاق را ذکر نمایید.		به چه زبان هایی قادر به مکالمه هستید؟		
		فارسی <input type="checkbox"/> انگلیسی <input type="checkbox"/> فرانسه <input type="checkbox"/> آیا مدرک زبان دارید؟ چه مدرکی؟		
شماره پاسپورت		تاریخ صدور	تاریخ انقضا	کشور محل صدور پاسپورت
آدرس دقیق محل زندگی:				
شماره تلفن همراه	شماره تلفن ثابت	شماره فکس	آدرس ایمیل	
نوع ویزای درخواستی و هدف از سفر		تاریخ ورود به کانادا	تاریخ خروج از کانادا	بودجه سفر به دلار کانادا
نام و نام خانوادگی فرد دعوت کننده		نسبت فرد دعوت کننده با متقاضی	آدرس دقیق فرد دعوت کننده در کانادا	

			در صورتیکه بیشتر از یک نفر، دعوتنامه فرستاده اند؛ مشخصات فرد دوم را نیز شرح دهید:
آیا تابحال از بستگان درجه یک شما مثل: خواهر، برادر، مادر، پدر باشما سفر به کانادا داشته اند؟			اسامی و مشخصات بستگان درجه یک در کانادا
آیا سابقه عضویت در گروه های سیاسی یا مذهبی خاص دارید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله			آیا سابقه ابتلا به سل داشته اید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله
رشته تحصیلی	تاریخ خاتمه	تاریخ شروع	اطلاعات آخرین مقطع تحصیلی <input type="checkbox"/> دیپلم <input type="checkbox"/> فوق دیپلم <input type="checkbox"/> کارشناسی <input type="checkbox"/> کارشناسی ارشد <input type="checkbox"/> دکترا
کشور محل تحصیل	شهر محل تحصیل	نام دانشگاه یا موسسه	کدپستی :
			تاریخ شروع خدمت سربازی: تاریخ اتمام خدمت سربازی: محل خدمت سربازی:
نام محل کار فعلی	شغل فعلی		اطلاعات شغلی ده سال اخیر در صورتیکه خانه دار هستید ذکر نمایید. در صورت بازنشستگی اطلاعات کار سابق را ذکر نمایید. در صورت دانشجو یا دانش آموز بودن، اطلاعات محل تحصیل را ذکر نمایید.
شهر	تاریخ خاتمه	تاریخ شروع به کار	
نام محل کار قبلی	شغل قبلی		
شهر	تاریخ خاتمه	تاریخ شروع به کار	
آیا معلولیت جسمی یا ذهنی خاصی که نیازمند خدمات پزشکی داشته باشد، دارید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله توضیح دهید.			آیا تابحال درخواست ویزای شما از کانادا یا امریکا رد شده است؟ خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> با ذکر تاریخ توضیح دهید و نام ر دی قبلی را ضمیمه نمایید.
آیا تابحال درخواست صدور و تمدید ویزای کانادا را داده اید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله توضیح دهید			آیا سابقه دستگیری و سوء سابقه کیفری دارید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله توضیح دهید.

