



فرم مشخصات فردی کانادا

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.		
خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>				
جهت انگشت نگاری به کدام شهر سفر می کنید؟		تاریخ ورود به شهر موردنظر جهت انگشت نگاری		
انکارا <input type="checkbox"/> استانبول <input type="checkbox"/> دبی <input type="checkbox"/> ابوظبی <input type="checkbox"/> سایر نقاط <input type="checkbox"/>		تاریخ خروج از شهر موردنظر		
وضعیت تاهل		نام و نام خانوادگی همسر	تاریخ تولد 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"/>		
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		
در صورتیکه بیشتر از یک نفر، دعوتنامه فرستاده اند؛ مشخصات فرد دوم را نیز شرح دهید:				
آیا تحصیلات دانشگاهی دارید؟		تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	رشته تحصیلی
بله <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>				
		نام دانشگاه	شهر محل تحصیل	کشور محل تحصیل
اطلاعات شغلی ده سال اخیر		شغل فعلی		
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.				
		تاریخ شروع به کار	تاریخ خاتمه	شهر
		شغل قبلی		
		نام محل کار قبلی		
		تاریخ شروع به کار	تاریخ خاتمه	شهر
آیا سابقه ابتلا به سل داشته اید؟		آیا معلولیت جسمی یا ذهنی خاصی که نیازمند خدمات پزشکی داشته باشد، دارید؟		
خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>		خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> توضیح دهید.		
آیا سابقه کار یا اقامت غیرقانونی در کانادا دارید؟		آیا تابحال درخواست صدور و تمدید ویزای کانادا را داده اید؟		
خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/>		خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> توضیح دهید.		
آیا تابحال درخواست ویزای کانادای شما رد شده است؟		آیا سابقه دستگیری و سوء سابقه کیفری دارید؟		
خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> توضیح دهید.		خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> توضیح دهید.		

آیا سابقه عضویت در گروه های سیاسی یا مذهبی خاص دارید؟	آیا سابقه خدمت داوطلبانه یا اجباری در ارتش و نیروی های پلیس را داشته اید؟
خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> توضیح دهید.	خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> درجه، تاریخ و محل خدمت.