



فرم مشخصات فردی کانادا

جنسیت		نام قبلی اگر نام و یا نام خانوادگی خود را تغییر داده اید.		نام و نام خانوادگی	
مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/>					
کشور محل تولد		استان محل تولد	شهر محل تولد	تاریخ تولد به میلادی	
در صورت مثبت بودن جواب سوال قبلی، نام کشور یا کشورها، تاریخ دقیق و نوع اقامت را مشخص نمایید.				آیا تابحال اقامت کشور دیگری را داشته اید؟	
				<input type="checkbox"/> بله	<input type="checkbox"/> خیر
تاریخ خروج از شهر موردنظر (روز - ماه - سال)		تاریخ ورود به شهر موردنظر جهت انگشت نگاری (روز - ماه - سال)		جهت انگشت نگاری به کدام شهر سفر می کنید؟	
				آنکارا <input type="checkbox"/> استانبول <input type="checkbox"/> دبی <input type="checkbox"/> ابوظبی <input type="checkbox"/> سایر نقاط <input type="checkbox"/>	
تاریخ ازدواج همسر فعلی		تاریخ تولد همسر فعلی	نام و نام خانوادگی همسر فعلی		وضعیت تاهل
					<input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مطلقه <input type="checkbox"/> بیوه <input type="checkbox"/> تعداد فرزند
		تاریخ ازدواج : تاریخ طلاق یا فوت : تعداد فرزندان مشترک :		در صورت <u>طلاق</u> یا فوت همسر، علاوه بر اطلاعات فوق، تاریخ فوت یا طلاق را ذکر نمایید. نام و نام خانوادگی : تاریخ تولد:	
فارسی <input type="checkbox"/> انگلیسی <input type="checkbox"/> فرانسه <input type="checkbox"/> آیا مدرک زبان دارید؟چه مدرکی؟		به چه زبان هایی قادر به مکالمه هستید؟			
کشور محل صدور پاسپورت		تاریخ انقضا	تاریخ صدور	شماره پاسپورت	
				آدرس دقیق محل زندگی:	
آدرس ایمیل		شماره فکس		شماره تلفن ثابت	شماره تلفن همراه
کشور های بازدید شده طی 5 سال گذشته (در صورت داشتن ویزا حتما قید شود)				آیا خانواده درجه یک در کانادا دارید ؟	
				<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر : نسبت فامیلی:	

نوع ویزای درخواستی و هدف از سفر		تاریخ ورود به کانادا	تاریخ خروج از کانادا	بودجه سفر به دلار کانادا
		(روز - ماه - سال)	(روز - ماه - سال)	
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:				
اطلاعات آخرین مقطع تحصیلی		تاریخ شروع	تاریخ خاتمه	رشته تحصیلی
<input type="checkbox"/> دیپلم <input type="checkbox"/> فوق دیپلم <input type="checkbox"/> کارشناسی <input type="checkbox"/> کارشناسی ارشد <input type="checkbox"/> دکترا		(ماه - سال)	(ماه - سال)	
		نام دانشگاه یا موسسه	شهر محل تحصیل	کشور محل تحصیل
اطلاعات شغلی ده سال اخیر		شغل فعلی		
<input checked="" type="checkbox"/> در صورتیکه خانه دار هستید ذکر نمایید. <input checked="" type="checkbox"/> در صورت بازنشستگی اطلاعات کار سابق را ذکر نمایید. <input checked="" type="checkbox"/> در صورت دانشجوی یا دانش آموز بودن، اطلاعات محل تحصیل را ذکر نمایید.		نام محل کار فعلی		
		تاریخ شروع به کار	تاریخ خاتمه	شهر
		(ماه - سال)	(ماه - سال)	
		شغل قبلی		
		نام محل کار قبلی		
		تاریخ شروع به کار	تاریخ خاتمه	
		(ماه - سال)	(ماه - سال)	
		شغل قبلی		
		نام محل کار قبلی		
		تاریخ شروع به کار	تاریخ خاتمه	شهر
		(ماه - سال)	(ماه - سال)	

<p>مدارک مالی قابل ارایه : در بانک :</p> <p>اسناد مالی قابل ارایه دیگر :</p>	<p>میزان در آمد ماهیانه :</p> <p>آیا درآمدی به غیر از حرفه خود دارید ؟ خیر <input type="checkbox"/></p> <p>بله <input type="checkbox"/> توضیح دهید</p>
<p>آیا قبلاً برای مهاجرت به کانادا اقدام کرده اید؟ خیر <input type="checkbox"/></p> <p>بله <input type="checkbox"/> با ذکر شماره پرونده توضیح دهید.</p>	<p>آیا تابحال درخواست صدور و تمدید ویزای کانادا را داده اید؟ خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> توضیح دهید</p> <p>آخرین زمان انگشت نگاری برای کانادا :</p>
<p>آیا تابحال درخواست ویزای شما از کشور آمریکا رد شده است؟ خیر <input type="checkbox"/></p> <p>بله <input type="checkbox"/> با ذکر تاریخ توضیح دهید.</p>	<p>آیا تابحال درخواست ویزای شما از کانادا یا هر کشور دیگری رد شده است؟ خیر <input type="checkbox"/></p> <p>بله <input type="checkbox"/> با ذکر تاریخ توضیح دهید.</p> <p>کدام کشور: علت ریجکتی:</p>
<p>آیا سابقه خدمت داوطلبانه یا اجباری در ارتش و نیروی های پلیس را داشته اید؟ خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> درجه، تاریخ و محل خدمت</p>	<p>آیا سابقه دستگیری و سوء سابقه کیفری دارید؟ خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> توضیح دهید.</p>
	<p>آیا معلولیت جسمی یا ذهنی خاصی که نیازمند خدمات پزشکی داشته باشد، دارید؟ خیر <input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> توضیح دهید.</p>