



فرم مشخصات فردی کانادا

| | | | | |
|---|-----------------|---|----------------------|--|
| نام و نام خانوادگی | | نام قبلی؛ اگر نام یا نام خانوادگی خود را تغییر داده‌اید. | | جنسیت |
| | | | | مرد <input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> |
| تاریخ تولد به میلادی | | شهر محل تولد | استان محل تولد | کشور محل تولد |
| | | | | |
| آیا تا به حال اقامت کشور دیگری را داشته‌اید؟ | | در صورت مثبت بودن جواب سؤال قبلی، نام کشور یا کشورها، تاریخ دقیق، و نوع اقامت را مشخص نمایید. | | |
| <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله | | | | |
| جهت انگشت‌نگاری به کدام شهر سفر می‌کنید؟ | | تاریخ ورود به شهر مورد نظر جهت انگشت‌نگاری | | تاریخ خروج از شهر مورد نظر |
| <input type="checkbox"/> آنکارا <input type="checkbox"/> استانبول <input type="checkbox"/> دبی <input type="checkbox"/> ابوظبی <input type="checkbox"/> سایر نقاط سایر نقاط: | | | | |
| وضعیت تأهل | | نام و نام خانوادگی همسر | تاریخ تولد همسر | تاریخ ازدواج |
| <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مطلقه <input type="checkbox"/> بیوه | | | | |
| در صورت طلاق یا فوت همسر، علاوه بر اطلاعات فوق، تاریخ فوت یا طلاق را ذکر نمایید. | | به چه زبان‌هایی قادر به مکالمه هستید؟ | | |
| | | <input type="checkbox"/> فارسی <input type="checkbox"/> انگلیسی <input type="checkbox"/> فرانسه 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 | بودجه‌ی سفر به دلار کانادا |
| | | | | |
| نام و نام خانوادگی فرد دعوت‌کننده | | نسبت فرد دعوت‌کننده با متقاضی | | آدرس دقیق فرد دعوت‌کننده در کانادا |
| | | | | |
| در صورتی که بیشتر از یک نفر دعوت‌نامه فرستاده‌اند؛ مشخصات فرد دوم را نیز شرح دهید: | | | | |

| | | | |
|---|---------------|----------------------|--|
| رشته‌ی 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 مؤسسه | |
| | | | |
| نام محل کار فعلی | شغل فعلی | | اطلاعات شغلی ده سال اخیر در صورتی که خانه‌دار هستید ذکر نمایید. در صورت بازنشستگی، اطلاعات شغل سابق را ذکر نمایید. در صورت دانشجو یا دانش‌آموز 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 | |
| | | | |
| 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 تا به حال درخواست ویزای شما از کانادا یا هر کشور دیگری رد شده است؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله با ذکر تاریخ توضیح دهید. |
| آیا تا به حال درخواست صدور و تمدید ویزای کانادا را داده‌اید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله توضیح دهید. | | | آیا سابقه‌ی دستگیری و سوءسابقه‌ی کیفری دارید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله توضیح دهید. |
| آیا سابقه‌ی خدمت داوطلبانه یا اجباری در ارتش و نیروی‌های پلیس (حتی سربازی) را داشته‌اید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله درجه تاریخ و محل خدمت | | | آیا قبلاً برای مهاجرت به کانادا اقدام کرده‌اید؟ <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> بله با ذکر شماره‌ی پرونده توضیح دهید. |