

# فرم تقاضای شرکت در گشت های اروپای ایکاتور

## ۱- مشخصات تور درخواستی

نام تور: آژانس محل ثبت نام: مسئول ثبت نام:

این بخش توسط آژانس تکمیل می گردد.

## ۲- مشخصات فردی

نام و نام خانوادگی: نام و نام خانوادگی قبلی: نام و نام خانوادگی پدر: نام و نام خانوادگی مادر:

وضعیت تاهل: مجرد متاهل بیوه مطلقه تعداد فرزند (به همراه جنسیت): شغل همسر:

نام و نام خانوادگی همسر (در صورت تاهل): تاریخ تولد همسر: محل تولد همسر: شغل همسر:

## ۳- مشخصات محل سکونت

استان: شهر: میدان: خیابان: خیابان: کوچه: پلاک: طبقه / واحد: کد پستی منزل (از قبوض تلفن و یا برق قابل مشاهده می باشد): تلفن منزل: تلفن شهر: کد شهر: تلفن همراه متقاضی: ایمیل:

## ۴- مشخصات شغلی یا تحصیلی

شغل: سمت: نام محل کار یا تحصیل: زمین فعالیت یا مقطع تحصیلی: مدت زمان فعالیت یا تحصیل (آخرین شغل یا مقطع تحصیلی): شهر: خیابان: کوچه: میزان درآمد ماهیانه (به ریال): آدرس محل کار یا تحصیل (با ذکر کد شهر): تلفن محل کار یا تحصیل (با ذکر کد شهر):

## ۵- مشخصات شغلی (ویژه افراد دو شغله و یا محصلینی که شاغل هم هستند)

شغل: سمت: نام محل کار: زمین فعالیت: مدت زمان فعالیت: آدرس محل کار: استان: خیابان: کوچه: میزان درآمد ماهیانه (به ریال): تلفن محل کار یا تحصیل (با ذکر کد شهر):

## ۶- سایر منابع درآمدی

درآمد از طریق اجاره املاک: ریال تعداد سند ملکی: درآمد از طریق سود سپرده بانکی: ریال سایر: .....

## ۷- سوابق سفر در ۱۰ سال اخیر و سوابق رد شدن ویزا

○ (ویزای شنگن) کشور صادر کننده ویزا: تاریخ صدور: محل سفارت: تاریخ انگشت نگاری: علت رد شدن ویزا: .....

○ (ویزای غیر شنگن) کشور صادر کننده ویزا: تاریخ صدور: محل سفارت: تاریخ انگشت نگاری: علت رد شدن ویزا: .....

## ۸- اقامت در سایر کشورها

بلی ○ خیر ○ در صورت داشتن مثبت بودن پاسخ، لطفا نام کشور را بنویسید: شماره مجوز اقامت: تاریخ صدور: تاریخ انقضاء:

## ۹- در صورت دارا بودن اقوام نزدیک در اروپا، آمریکا، کانادا، استرالیا، ژاپن و انگلستان قسمت زیر را تکمیل نمایید.

نام و نام خانوادگی: نسبت: کشور و شهر محل اقامت: نوع اقامت و مدت اقامت: آیا قصد دیدار با وی را در سفر خود دارید:

نام و نام خانوادگی: نسبت: کشور و شهر محل اقامت: نوع اقامت و مدت اقامت: آیا قصد دیدار با وی را در سفر خود دارید:

## ۱۰- وضعیت جسمانی متقاضی

○ سالم ○ معلول جسمی ○ معلول ذهنی ○ مبتلا به بیماری قابل انتقال ○ مبتلا به بیماری غیر قابل انتقال ○ نیاز به مراقبت ویژه

توضیح در مورد نوع بیماری:

اینجانب ..... فرزند ..... ضمن تایید موارد و اطلاعات مندرج در این فرم، بدینوسیله موارد ذیل را با امضاء خود تصدیق می نمایم:

۱- به جز گذرنامه های ارائه شده قبلی و جدید گذرنامه دیگری ندارم.

۲- به جز مواردی که در فرم اعلام نموده ام، تا به حال در هیچ کدام از سفارتخانه های عضو شنگن مردود نگردیده ام.

۳- همچنین صحت و درستی مطالب فوق را تایید نموده و طبعاً مسئولیت کلیه تبعات ناشی از ارائه اطلاعات نادرست را می پذیرم.