

بسمه تعالی

دفتر حفاظت منافع جمهوری اسلامی ایران - واشنگتن دی سی

EMBASSY OF PAKISTAN

INTERESTS SECTION OF THE ISLAMIC REPUBLIC OF IRAN

2209 WISCONSIN AVENUE N.W., WASHINGTON, DC 20007, TEL: (202) 965-4990-4, FAX: (202) 965-1073

WWW.DAFTAR.ORG, E-MAIL ADDRESS: INFO@DAFTAR.ORG

PLEASE CLIP
YOUR
PICTURE HERE.
DO NOT GLUE OR
STAPLE THE
PICTURE.
PUT YOUR NAME
ON THE BACK OF
THE PICTURE.

VISA APPLICATION

پرسشنامه درخواست روادید

FOR OFFICE USE ONLY

مخصوص قسمت اداری

شماره روادید	نوع روادید	مدت اقامت
تاریخ صدور	مدت اعتبار	مجوز و تاریخ صدور

ALL QUESTIONS ON THIS FORM MUST BE ANSWERED FOR THE APPLICATION TO BE CONSIDERED

PLEASE PRINT CLEARLY IN ENGLISH, USING THE INFORMATION IN YOUR PASSPORT

FIRST NAME:	نام:	OCCUPATION:	شغل:
LAST NAME:	نام خانوادگی:	FORMER OCCUPATION:	شغل قبلی:
SEX: <input type="checkbox"/> MALE <input type="checkbox"/> FEMALE	جنسیت: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	نوع ویزای شما در کشور محل اقامت : YOUR VISA STATUS IN THE COUNTRY OF YOUR RESIDENCE:	
PLACE & DATE OF BIRTH:	تاریخ و محل تولد:	EDUCATION:	تحصیلات:
PRESENT NATIONALITY:	تابعیت فعلی:	PASSPORT NO:	شماره گذرنامه:
FORMER NATIONALITY:	تابعیت قبلی:	EXPIRATION DATE:	تاریخ خاتمه اعتبار:
FATHER'S NAME:	نام پدر:	MARITAL STATUS:	وضعیت تاهل: <input type="checkbox"/> SINGLE <input type="checkbox"/> MARRIED <input type="checkbox"/> DIVORCED <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> مطلقه
FATHER'S NATIONALITY:	تابعیت پدر:	IF MARRIED, NAME & NATIONALITY OF SPOUSE: در صورت تاهل، نام و تابعیت همسر:	
TYPE OF VISA REQUESTED:		نوع روادید درخواستی:	
<input type="checkbox"/> TOURISM/جهانگردی <input type="checkbox"/> PILGRIMAGE/زیارتی <input type="checkbox"/> OFFICIAL/ورود <input type="checkbox"/> JOURNALISM/خبرنگاری <input type="checkbox"/> DIPLOMATIC/سیاسی <input type="checkbox"/> OTHER/متفرقه			
NUMBER OF ENTRIES REQUESTED:		دفعات ورود درخواستی به ایران:	
<input type="checkbox"/> SINGLE <input type="checkbox"/> DOUBLE		<input type="checkbox"/> یکبار <input type="checkbox"/> دوبار	
PURPOSE OF VISIT TO THE I.R. OF IRAN:		منظور از مسافرت به ایران:	
DATE OF DEPARTURE FROM THE COUNTRY OF RESIDENCE:		تاریخ حرکت از کشور محل اقامت:	
DATE OF ENTRY TO THE I.R. OF IRAN:		تاریخ ورود به ایران:	
DURATION OF STAY IN THE I.R. OF IRAN:		مدت اقامت در ایران:	
HAVE YOU EVER APPLIED FOR VISA TO THE I.R. OF IRAN?		آیا تاکنون برای مسافرت به ایران درخواست روادید کرده اید؟	
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO, IF YES, WHEN & WHERE?		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر، اگر بله، کی و کجا؟	
HAS YOUR VISA APPLICATION TO THE I.R. OF IRAN EVER BEEN REJECTED?		در صورت مخالفت قبلی با صدور روادید، تاریخ آن را اعلام نمایید:	
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO, IF YES, WHEN & WHY?			
HAVE YOU EVER VISITED THE I.R. OF IRAN BEFORE?		آیا تاکنون به ایران مسافرت کرده اید؟	
<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO, IF YES, WHEN & WHY?		<input type="checkbox"/> بله <input type="checkbox"/> خیر، اگر بله، تاریخ و علت آن را توضیح دهید:	
LIST ALL CITIES IN THE I.R. OF IRAN YOU HAVE VISITED:		شهرهایی را که در ایران از آنها دیدن کرده اید را نام ببرید:	

WILL YOU BE ACTIVE IN JOURNALISTIC AFFAIRS OR SCIENTIFIC RESEARCH IN THE I.R. OF IRAN?

آیا قصد کار خبرنگاری و یا تحقیقاتی در ایران دارید؟

YES NO

بله خیر

NAME OF THE INDIVIDUALS YOU PLAN TO MEET WITH IN THE I.R. OF IRAN:

نام اشخاصی که قصد ملاقات با آنها را دارید، بنویسید:

PLEASE ENTER THE NAME & ADDRESS OF TWO OF YOUR FRIENDS OR RELATIVES IN IRAN:

آدرس و تلفن دو تن از دوستان یا بستگان خود را در ایران بنویسید:

1- NAME: TEL:

ADDRESS:

2- NAME: TEL:

ADDRESS:

LIST ALL COUNTRIES YOU HAVE VISITED:

کشورهایی را که تاکنون از آنها دیدن کرده اید را نام ببرید:

LIST ALL COUNTRIES YOU STAYED MORE THAN SIX MONTHS:

در صورتی که توقف بیش از شش ماه در کشوری داشته اید، آن کشورها را نام ببرید و دلیل آن را توضیح دهید:

HAVE YOU EVER HAD ANY HISTORY OF ARRESTS OR CONVICTIONS IN ANY COUNTRY? IF YES, PLEASE EXPLAIN:

آیا تاکنون در هیچ کشوری سابقه کیفری و دستگیری داشته اید؟ اگر بله، لطفاً توضیح دهید:

HAVE YOU EVER BEEN INFECTED BY ANY CONTAGIOUS DISEASES? IF YES, PLEASE EXPLAIN:

آیا تاکنون به بیماری مزمنی که میتواند سلامتی جامعه را به خطر بیندازد مبتلا شده اید؟ اگر بله، لطفاً توضیح دهید:

YOUR ADDRESS & TELEPHONE NUMBER IN THE I.R. OF **IRAN**:

آدرس و تلفن محل اقامت خود در ایران را بنویسید:

STREET: خیابان: شهر:

CITY: STATE: ZIP CODE: TEL: () - تلفن:

BUSINESS ADDRESS (NOT P.O. BOX):

آدرس و تلفن محل کار:

STREET:

CITY: STATE: ZIP CODE: TEL: () -

MAILING ADDRESS (NOT P.O. BOX):

آدرس پستی:

STREET:

CITY: STATE: ZIP CODE: TEL: () -

E-MAIL :

I UNDERTAKE TO OBSERVE, DURING MY STAY IN THE I.R. OF IRAN, ALL THE LAWS AND REGULATIONS APPLICABLE TO FOREIGN NATIONALS AND I DECLARE THAT THE ABOVE INFORMATION IS TRUE AND CORRECT.

اینجانب تعهد میکنم که در طول اقامت در جمهوری اسلامی ایران، کلیه قوانین مربوطه را رعایت بنمایم و کلیه اطلاعات فوق صحیح میباشد.

APPLICANT'S SIGNATURE: _____

DATE: _____