

COGNOME:

---

NOME:

---

DATA DI NASCITA:

---

PAESE DI NASCITA:

---

CITTA' DI NASCITA:

---

ALTRA CITTADINANZA:

---

GENERE: M F

STATO CIVILE:

---

E' STATO OTTENUTO UN PRECEDENTE DI VISTO PER L'INGRESSO IN CANADA? SI NO  
SE SI INDICARE IL TIPO DI VISTO  
OTTENUTO

---

FONDI DISPONIBILI PER IL VIAGGIO IN CANADA (IN DOLLARI CANADESI):

---

N° DI PASSAPORTO:

---

LUOGO DI EMISSIONE:

---

DATA DI EMISSIONE:

---

DATA DI SCADENZA:

---

ATTIVITA' PROFESSIONALE:

---

NOME DELLA SOCIETA' E INDIRIZZO DEL LUOGO DI LAVORO:

---

DATA DI ASSUNZIONE:

---

INDIRIZZO DI RESIDENZA:

---

VI È MAI STATO RIFIUTATO UN VISTO, UN PERMESSO DI STUDIO O DI LAVORO, VI È MAI STATO PROIBITO L'INGRESSO IN CANADA O IN QUALSIASI ALTRO PAESE, O VI È MAI STATO ORDINATO DI LASCIARE IL CANADA O QUALSIASI ALTRO PAESE? SI NO

SE SI PREGA DI FORNIRE IL MAGGIOR NUMERO DI DETTAGLI POSSIBILE. LA MANCATA INDICAZIONE DI DETTAGLI SUPPLEMENTARI O SUFFICIENTI POTREBBE RALLENTARE IL TRATTAMENTO DELLA DOMANDA

---

AVETE MAI COMMESSO UN REATO O SIETE MAI STATI ARRESTATI O IMPUTATI O CONDANNATI PER UN REATO IN QUALSIASI PAESE? SI NO

SE SI PREGA DI FORNIRE IL MAGGIOR NUMERO DI DETTAGLI POSSIBILE. LA MANCATA INDICAZIONE DI DETTAGLI SUPPLEMENTARI O SUFFICIENTI POTREBBE RALLENTARE IL TRATTAMENTO DELLA DOMANDA

---

---

VOI O UN MEMBRO DELLA VOSTRA FAMIGLIA SIETE MAI STATI AFFETTI DA TUBERCOLOSI O SIETE MAI STATI IN STRETTO CONTATTO CON UNA PERSONA AFFETTA DA TUBERCOLOSI? SI NO  
SE SI FORNITE LA DATA APPROSSIMATIVA IN CUI VOI O UN MEMBRO DELLA VOSTRA FAMIGLIA HA AVUTO LA TUBERCOLOSI O SIETE STATI IN CONTATTO STRETTO CON UNA PERSONA AFFETTA DA TUBERCOLOSI. SE SI PREGA DI FORNIRE IL MAGGIOR NUMERO DI DETTAGLI POSSIBILE. LA MANCATA INDICAZIONE DI DETTAGLI SUPPLEMENTARI O SUFFICIENTI POTREBBE RALLENTARE IL TRATTAMENTO DELLA DOMANDA

---

---

AVETEVOI AVETE UNA CONDIZIONE DI SALUTE CHE RICHIEDE CURE MEDICHE CONTINUE E A FREQUENZA REGOLARE? SI NO  
SELEZIONATE SI SE STATE RICEVENDO TRATTAMENTI MEDICI CONTINUI E A FREQUENZA REGOLARE PER QUALSIASI MEDICA O MENTALE. SI PREGA DI FORNIRE IL MAGGIOR NUMERO DI DETTAGLI POSSIBILE. LA MANCATA INDICAZIONE DI DETTAGLI SUPPLEMENTARI O SUFFICIENTI POTREBBE RALLENTARE IL TRATTAMENTO DELLA DOMANDA

---

---