

تنازل من الكفيل السابق

(تعباً في حالة نقل الإقامة لجواز جديد)

إسم الكفيل السابق

التوقيع

التاريخ:

(تعباً في حالة إلغاء الإقامة)

بيانات إلغاء الإقامة

سبب الإلغاء

DEPENDENTS

الممرافقون:

م	الإسم الكامل	الجنس	الجنسية	تاريخ الميلاد	الديانة	صلة القرابة
١						
٢						
٣						
٤						
٥						
٦						
٧						

للإستعمال الرسمي

رقم المادة	إلبي	ممن	مدة الإقامة
رقم الشهادة حسن السلوك	رقم الشهادة الطبية	تاريخها	رقم شهادة حسن السلوك
رقم الإقرار أو كتاب الوزارة	نوع التصريح	تاريخه	رقم الإقرار أو كتاب الوزارة
عدد الكفالات	تاريخ نهاية الجواز	القيد بقوائم الممنوعين الكفيل المقيم	عدد المستندات
			رقم الإقامة المفصول منها

رئيس القسم

الموظف المختص

التاريخ: