

نموذج طلب



وزارة الداخلية

الإدارة العامة لشؤون الهجرة

إدارة هجرة محافظة:

صورة

٦٠٤

- إلغاء كفالة نقل كفالة إقامة أول مرة
 إضافة مرافق تعديل بيانات تجديد إقامة
 حذف مرافق نقل الإقامة لجواز السفر

- إقامة مؤقتة عمل بالحكومة عمل بالقطاع الأهلي إلتحاق بعائل
 مزاولة نشاط حر العمل كخادم للدراسة مصدر إنفاق

رقم الإقامة										نوع الإقامة									
الإسم الكامل																			
FULL NAME																			
تاريخ الميلاد					محل الميلاد					الجنس					الجنسية				
المهنة					الحالة التعليمية					الحالة الإجتماعية					الديانة				
جنسية الجواز					نوع الجواز					رقم جواز السفر					فصيلة الدم				
تاريخ الأنتهاء					تاريخ الإصدار										مكان الأصدار				
عدد المرافقين															الرقم المدني				
رقم القطعة					منطقة					محافظة					عنوان السكن				
نوع المبنى					جادة										شارع				
المدخل		الشقة			الدور			رقم القسيمة			رقم المبنى/ اسم المبنى								
هاتف					الرمز البريدي					صندوق بريد					بيانات إضافية				

توقيع طالب الإقامة:

إقرار وتعهد الكفيل وبياناته

الاسم الكامل																			
FULL NAME																			
رقم الجنسية / الإقامة					الجنسية														
مرجع الداخلية					إسم الشركة الجهة الحكومية														
رقم القطعة					منطقة					محافظة					عنوان الكفيل				
نوع المبنى					جادة										شارع				
المدخل		الشقة			الدور			رقم القسيمة			رقم المبنى/ اسم المبنى								
هاتف					الرمز البريدي					صندوق بريد					بيانات إضافية				

أقر أنا الموقع أدناه بأن البيانات المدرجة بهذا الطلب صحيحة وأتعهد بأن يعمل لدى / أنفق عليه/ طوال مدة اقامته وأن اخطر الإدارة العامة لشؤون الهجرة عن محل إقامة أو أي تغيير يطرأ عليه وأن أعيدته الى بلده الأصلي علي نفقتي عند إنتهاء الإقامة وذلك طبقا لقانون الأجانب و القرارات الوزارية المنفذة له.

توقيع الكفيل

التاريخ:

.....

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

المرافقون:

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

للإستعمال الرسمي

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

رئيس القسم

الموظف المختص

التاريخ: