

## نموذج طلب



وزارة الداخلية

الإدارة العامة لشؤون الهجرة

إدارة هجرة محافظة:

أخر المحافظة

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					أخر					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					أخر المحافظة					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					أخر المحافظة					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 أخطر الإدارة العامة لشؤون الهجرة عن محل إقامة أو أي تغيير يطرأ عليه وأن أعيدته الى بلده الأصلي علي نفقتي عند إنتهاء الإقامة وذلك طبقاً 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		اختر				
٢		اختر				
٣		اختر				
٤		ÇIÊÑ				
٥		اختر				
٦		اختر				
٧		اختر				

## للإستعمال الرسمي

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

رئيس القسم

الموظف المختص

التاريخ: