OMB APPROVAL NO. 1405-0144
EXPIRES: 01/31/03
ESTIMATED BURDEN: 1

U.S. Department of State

ADATLAP VÍZUMKÉRELMEZÖK MUNKAVISZONYÁRA ÉS KAPCSOLATAIRA VONATKOZÓ AN

KÉRJÜK ÍRÓGÉPPEL VAGY NYOMTATOTT BETÜKKEL VÁLASZOLJON MINDEN KÉRDÉSRE

KÉRJÜK, CSATOLJON EGY KÜLÖN LAPOT, AMENNYIBEN TÖBB HELYRE VAN SZÜKSÉGE A KÉRDÉSEK MEGVÁLASZOLÁSÁRA

1. Vezetékneve(i) Keresztneve(i) Középsö neve(i)

2. Születési ideje (év, hónap, nap) 3. Születési helye

Ország Város Megye

4. Állandó lakcíme és telefonszáma (irányítószám, város, utca, házszám, lakásszám, ország)

5. Házastársa teljes neve és címe (postafiók nem elfogadható)

Név (vezetéknév, keresztnév, középsö név) Cím Telefonszám

6. Gyermeke(i) , szülei és testvére(i) teljes neve és címe (postafiók nem elfogadható)

Név (vezetéknév, keresztnév, középsö név) Cím Rokonsági fok Telefonszám

7. Soroljon fel legalább két személyt az állandó lakhelye szerinti országban, aki megerösíti az Ön által adott információt (közvetlen családtag vagy rokon kivételével) (postafiók nem elfogadható)

Név (vezetéknév, keresztnév, középsö név) Cím Telefonszám

Paperwork Reduction Act Statement

Public reporting burden for this collection of information is estimated to average 1 hour per response, including time required for searching existing data sources, gathering the necessary data, providing the information required, and reviewing the final collection. In accordance with 5 CFR 1320 5(b), persons are not required to respond to the collection of this information unless this form displays a currently valid OMB control number. Send comments on the accuracy of this estimate of the burden and recommendations for reducing it to: U.S. Department of State, (A/RPS/DIR), Washington, D.C. 20520.

MUNKAVISZONY - JELENLEG

Beosztása: | **Mettől (év, hónap, nap)** | **Meddig (év, hónap, nap)**

Munkaadó neve és címe: | **Telefonszáma**

Munkaköri leírása:

MUNKAVISZONY - ELŐZŐ

Beosztása: | **Mettől (év, hónap, nap)** | **Meddig (év, hónap, nap)**

Munkaadó neve és címe: | **Telefonszáma**

Munkaköri leírása:

MUNKAVISZONY - KORÁBBI

Beosztása: | **Mettől (év, hónap, nap)** | **Meddig (év, hónap, nap)**

Munkaadó neve és címe: | **Telefonszáma**

Munkaköri leírása:

MUNKAVISZONY - KORÁBBI

Beosztása: | **Mettől (év, hónap, nap)** | **Meddig (év, hónap, nap)**

Munkaadó neve és címe: | **Telefonszáma**

Munkaköri leírása:

Kijelentem, hogy elolvastam és tudomásul vettem a kérdőíven felsorolt kérdéseket és a kérdésekre adott válaszok a legjobb tudásom szerint pontosak és az igazságnak megfelelnek. Tudomásul veszem, hogy valótlan vagy félrevezető adat szolgáltatása a vízumkérelem végleges visszautasítását, ill. az Egyesült Államokba történő bebocsátás megtagadását eredményezheti.

KÉRELMEZŐ ALÁÍRÁSA:_____ **Kérelem időpontja (év, hónap, nap):** _____