



Department Stanu USA
**HISTORIA ZATRUDNIENIA OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ
O WIZĘ NIEIMIGRACYJNĄ ORAZ INFORMACJE O
OSOBACH MOGĄCYCH POTWIERDZIĆ DANE
ZAMIESZCZONE NA FORMULARZU**

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

ODPOWIEDZI NALEŻY WYPEŁNIAĆ DRUKOWANYMI LITERAMI PONIŻEJ PYTAŃ.
JEŚLI NA PEŁNĄ ODPOWIEŹ ZABRAKNIĘ MIEJSCA, PROSIMY KONTYNUOWAĆ NA DODATKOWEJ KARTCE .

1. Nazwisko/Nazwiska

Imię/Imiona

2. Data urodzenia (dzień, miesiąc, rok)

3. Miejsce urodzenia

kraj

miejsowość

województwo

4. Adres stałego pobytu oraz numer telefonu (ulica, numer domu i mieszkania, kod pocztowy, miejscowość, województwo, kraj)

5. Nazwisko, imię i adres małżonki/małżonka (jeśli dotyczy) (nie podawać adresu skrytki pocztowej!)

Nazwisko i imiona

Adres

Numer telefonu

6. Nazwiska, imiona i adresy dzieci, rodziców i rodzeństwa (nie podawać adresów skrytki pocztowej!)

Nazwisko i imiona

Adres

Stopień pokrewieństwa

Numer telefonu

7. Proszę wymienić przynajmniej dwie osoby z Pani/Pana kraju zamieszkania, które mogą potwierdzić prawdziwość informacji zawartych na formularzu (prosimy nie powoływać się na członków najbliższej rodziny i osoby spokrewnione)(nie podawać adresu skrytki pocztowej!)

Nazwisko i imiona

Adres

Numer telefonu

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, DC 20520.

OBECNE ZATRUDNIENIE (z uwzględnieniem praktyk, prac zleconych, sezonowych i dorywczych)	
Zajmowane stanowisko:	Okres zatrudnienia: Od (dzień, miesiąc, rok) Do (dzień, miesiąc, rok)
Nazwisko i adres pracodawcy: Numer telefonu:	
Zakres obowiązków:	
POPZEDNIE ZATRUDNIENIE	
Zajmowane stanowisko:	Okres zatrudnienia: Od (dzień, miesiąc, rok) Do (dzień, miesiąc, rok)
Nazwisko i adres pracodawcy: Numer telefonu:	
Zakres obowiązków:	
POPZEDNIE ZATRUDNIENIE	
Zajmowane stanowisko:	Okres zatrudnienia: Od (dzień, miesiąc, rok) Do (dzień, miesiąc, rok)
Nazwisko i adres pracodawcy: Numer telefonu:	
Zakres obowiązków:	
POPZEDNIE ZATRUDNIENIE	
Zajmowane stanowisko:	Okres zatrudnienia: Od (dzień, miesiąc, rok) Do (dzień, miesiąc, rok)
Nazwisko i adres pracodawcy: Numer telefonu:	
Zakres obowiązków:	
<p>Niniejszym oświadczam, że przeczytałam/przeczytałem i zrozumiałam/zrozumiałem treść wszystkich pytań zawartych na formularzu, a udzielone odpowiedzi, według mojej najlepszej woli i wiedzy, są zgodne z prawdą. Zdaję sobie sprawę, że jakiegokolwiek fałszywe lub mylące oświadczenia mogą spowodować stałą odmowę wizy lub zakaz wjazdu na teren Stanów Zjednoczonych.</p>	
Podpis wnioskodawcy	Data