AMBASSADE DU BENIN
EN ITALIE

AMBASCIATA DEL BENIN
IN ITALIA

DEMANDE DE VISA

DOCUMENT A REMPLIR EN LETTRES CAPITAL

PIÈCES À FOURNIR : Ordre de mission ou Invitation - Billet d'avion - Réservation d'hôtel ou Attestation d'hébergement - Carnet de Vaccinations - 1 Photo récente.

Type de Passeport : Ordinaire ☐ Diplomatique/Service ☐

Nom .... Nom de jeune fille..
(Cognome) *(Cognome da nubile)*

Prénoms...Taille :..................... Teint :...................... Yeux :.......................... Cheveux:.................................
(Nome) *(Altezza)* *(Incarnato)* *(Occhi)* *(Capelli)*

Date de naissance:............/............./................Lieu de naissance :.. Sexe :...............
(Data di nascita) *(Luogo di nascita)* *(Sesso)*

Nationalité:...
(Nationalità)

N° Passeport :.. Date de délivrance :.........../........./.......... Date d'expiration :.........../........../..............
(Numero di Passporto) *(Data di emissione)* *(Scadenza)*

Autorité ayant délivré le passeport :... Lieu de délivrance : ....
(Autorità rilasciante il passaporto) *(Luogo di rilascio)*

Domicile en Italie :...
(Indirizzo in Italia)

Code Postal :............................. Ville :... Tél :...
(Codice di Avviamento Postale) *(Città)* *(Numero Telefonico)*

Profession:... Employeur : ....
(Professione) *(Società)*

Adresse professionnelle :...
(Indirizzo)

Code postale : .... Ville :... Tél :..
(C.A.P.) *(Città)* *(Numero Telefonico)*

E-mail : .... @ ....

Motif de séjour : TOURISME ☐ AFFAIRES ☐ MISSION HUM./ONG* ☐ TRANSIT ☐ Durée du séjour : 1-30 ☐ 1-90 ☐ jours *(giorni)*
(Motivo del soggiorno) * Quel ONG Vous représentez?.. *(Durata del soggiorno)*

Point d'entrée au Bénin :.. Date d'entrée au Bénin : ..../........./..........
(Varco d'entrata in Benin) *(Data di arrivo in Benin)*

Adresse au Bénin :.. Nombre d'entrées : deux (02) ☐ (Visa 1-30 j.) Multiples ☐ (Visa 1-90 j.)
(Indirizzo in Benin) *(Numero di entrate)*
....

J'atteste sur l'honneur de l'exactitude des renseignements portés sur la présente fiche.
(Attesto la veridicità delle informazioni riportate in questo modulo.)

NB : le changement de la date d'embarquement après délivrance du visa implique la reprise dudit visa pour un coût supplémentaire de 20 euros.

Date de la demande : ..../.............../.................
(Data della domanda)

Signature :
(Firma)

CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

Avis de l'Autorité : Accord ☐ Refus ☐ Demande suspendue ☐

Observations:………………………………………………………………………………………………………

Viale del Policlinico, 131 – 00161 Rome
Tél: (+39) 06 79 84 65 67 Fax: (+39) 06 79 81 01 97 E-mail: ambr201@tiscali.it