



سفارة المملكة العربية السعودية
القسم القنصلي
Embajada Del Reino De Arabia Saudi
Sección Consular

Nombre y apellidos :	الاسم الكامل:
Nombre de la madre	إسم الأم:
Fecha de nacimiento :	محل الولادة:
Nacionalidad anterior :	الجنسية الحالية:
Sexo : ☐ F أنثى ☐ M ذكر	الحالة الإجتماعية:
Religión :	الديانة:
Expedido por : ☐ مصدره	المؤهل العلمي:
Nivel :	Profesión :
Dirección de habitación y Tlf:	عنوان المنزل ورقم التلفون:
Dirección de trabajo y Tlf :	عنوان الشركة (المؤسسة) ورقم التلفون:

Objeto del Viaje:	☐ عمل trabajo ☐ مرور transito ☐ زيارة Visita ☐ عمرة Umrah ☐ للإقامة residencia ☐ حج Hajj ☐ دبلوماسية Diplomática	الغاية من السفر:
Lugar de Emisión :	محل الإصدار:	رقم الجواز:
Pasaporte válido hasta :	Fecha de emisión :	Número de pasaporte :
Tiempo que durará en el Reino	مدة الإقامة بالمملكة:	تاريخ انتهاء صلاحية الجواز:
Fecha de entrada :	تاريخ الوصول:	تاريخ المغادرة:
Fecha de salida :	طريقة الدفع: () نقداً () بشيك رقم: () () Cort. () Efect () Cheque Nº. ()	el: () Recibo Nº. ()
Modo de pagar :	اسم المحرم:	اسم الشريك:
Su parentesco :	Nombre del mahram :	اسم الشركة الناقلة:
Lugar de llegada :	جهة الوصول بالمملكة:	Agencia de transporte :
Nombre de familiares sobre el mismo pasaporte :	إيضاحات تخص أفراد العائلة (المضافين) على نفس جواز السفر:	

نوع الصلة Parentesco	تاريخ الميلاد fecha de nacimiento	الجنس Sexo	الاسم بالكامل Nombre y apellidos

Nombre y Dirección de la Compañía اسم وعنوان الشركة أو اسم الشخص وعنوانه بالمملكة:

Nombre y Dirección de la persona en Arabia Saudita :

Yo, abajo firmante, DECLARO : que todos los datos aquí manifestados son correctos y
cumpliré con las leyes previstas durante mi estadía en el Reino de Arabia Saudita :

أنا الموقع أدناه أقر بأن كل المعلومات التي دونتها صحيحة
وسأكون ملتزماً بقوانين المملكة أثناء فترة وجودي بها.

Fecha :: : التوقيع : Nombre : الاسم:

Para uso Oficial solamente : للاستعمال الرسمي فقط :

Fecha : : تاريخه : Nº de autorización : رقم الامر المعتمد عليه في إعطاء التأشيرة :

DATOS SEGURO DE SALUD VISADOS SAUDIES

FECHA PREVISTA DE ENTRADA EN ARABIA

CIUDAD ESPAÑOLA DE PROCEDENCIA

CÓDIGO POSTAL

CORREO ELECTRÓNICO

MÓVIL PERSONAL

¿Ha sido operado ó está recibiendo algún tratamiento de urgencia?	SI	NO
¿Ha tenido algún accidente que le haya provocado enfermedad ó minusvalía?	SI	NO
¿Tiene alguna malformación o enfermedad congénita?	SI	NO

Yo, abajo firmante, DECLARO, que todos los datos aquí manifestados son correctos

FIRMA

FECHA

NOMBRE