

تنازل من الكفيل السابق									
(تعباً في حالة نقل الإقامة لجواز جديد)									
إسم الكفيل السابق									
التاريخ:					التوقيع				
.....									
بيانات إلغاء الإقامة									
(تعباً في حالة إلغاء الإقامة)									
سبب الإلغاء									
الممرافقون: DEPENDENTS									
م	الإسم الكامل	الجنس	الجنسية	تاريخ الميلاد	الديانة	صلة القرابة			
١									
٢									
٣									
٤									
٥									
٦									
٧									
للإستعمال الرسمي									
مدة الإقامة	من	إلى	رقم المادة						
رقم شهادة حسن السلوك	تاريخها	رقم الشهادة الطبية	تاريخها						
رقم الإقرار أو كتاب الوزارة	تاريخه	نوع التصريح							
عدد المستندات	القيد بقوائم الممنوعين		تاريخ نهاية الجواز	عدد الكفالات					
	المقيم	الكفيل							
رقم الإقامة المفصول منها									
التاريخ:		الموظف المختص			رئيس القسم				