



U.S. Department of State
HISTORIA ZATRUDNIENIA

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

OSOBY UBIEGAJĄCEJ SIĘ O WIZĘ NIEIMIGRACYJNĄ ORAZ INFORMACJE O OSOBACH
MOGĄCYCH POTWIERDZIĆ DANE ZAMIESZCZONE NA FORMULARZU

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

1. Nazwisko/Nazwiska	Imię/Imiona
----------------------	-------------

2. Data urodzenia (dzień, miesiąc, rok)	3. Miejsce urodzenia państwo	miejsowość	województwo
---	---------------------------------	------------	-------------

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

5. Nazwisko, imię i adres małżonki/małżonka (jeśli dotyczy) (nie podawać adresu skrytki pocztowej)		
<u>Nazwisko i imiona</u>	<u>Adres</u>	<u>Numer telefonu</u>

6. Nazwiska, imiona i adresy dzieci, rodziców i rodzeństwa (nie podawać adresów skrytki pocztowej)			
<u>Nazwisko i imiona</u>	<u>Adres</u>	<u>Stopień pokrewieństwa</u>	<u>Numer telefonu</u>

7. Proszę wymienić przynajmniej dwie osoby z Pana/Pani 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)		
<u>Nazwisko i imiona</u>	<u>Adres</u>	<u>Numer telefonu</u>

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 <i>(dzień, miesiąc, rok)</i> Do <i>(dzień, miesiąc, rok)</i>
-----------------------	---

Nazwisko i adres pracodawcy:

Numer telefonu:

Zakres obowiązków:

POPZEDNIE ZATRUDNIENIE

Zajmowane stanowisko:	Okres zatrudnienia: Od <i>(dzień, miesiąc, rok)</i> Do <i>(dzień, miesiąc, rok)</i>
-----------------------	---

Nazwisko i adres pracodawcy:

Zakres obowiązków:

POPZEDNIE ZATRUDNIENIE

Zajmowane stanowisko:	Okres zatrudnienia: Od <i>(dzień, miesiąc, rok)</i> Do <i>(dzień, miesiąc, rok)</i>
-----------------------	---

Nazwisko i adres pracodawcy:

Zakres obowiązków:

POPZEDNIE ZATRUDNIENIE

Zajmowane stanowisko:	Okres zatrudnienia: Od <i>(dzień, miesiąc, rok)</i> Do <i>(dzień, miesiąc, rok)</i>
-----------------------	---

Nazwisko i adres pracodawcy:

Zakres obowiązków:

Potwierdzam, że przeczytałem/przeczytałam i zrozumiałem/zrozumiałam wszystkie pytania zawarte w tym formularzu, a udzielone przeze mnie odpowiedzi – według mojej najlepszej woli i wiedzy - są zgodne z prawdą. Rozumiem, że świadome złożenie przeze mnie fałszywego lub wprowadzającego w błąd oświadczenia może doprowadzić do odmowy wydania mi wizy lub pozbawienia mnie możliwości wjazdu do Stanów Zjednoczonych na zawsze.

PODPIS WNIOSKODAWCY _____

DATA _____