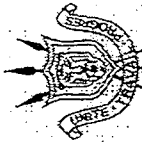
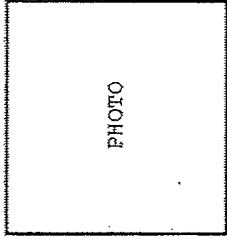


REPUBLIQUE DU BURUNDI



Ambassade de la Republique du Burundi  
en Italie

FORMULAIRE DE DEMANDE DE VISA D'ENTREE AU BURUNDI  
FORMULARIO DI DOMANDA DI VISTO D'INGRESSO IN BURUNDI



NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_  
 Cognome Nome di battesimo  
 DATE DE \_\_\_\_\_  
 DATE DE \_\_\_\_\_  
 NAISSANCE \_\_\_\_\_ Pays \_\_\_\_\_  
 Data e luogo di nascita Lieu  
 NATIONALITE: ACTUELLE \_\_\_\_\_ D'ORIGINE \_\_\_\_\_  
 Nazionalità Attuale D'origine  
 SEXE \_\_\_\_\_ TAILLE \_\_\_\_\_  
 Sesso Altezza  
 ETAT CIVIL: Marié/e ( ) Célibataire ( ) Veuf/ve ( )  
 Stato civile Sposato/a Celibe/nubile Divorcé/e ( ) Vedovo/a  
 ENFANTS ACCOMPAGNANTS / Bambini al seguito  
 NOMBRE \_\_\_\_\_  
 NOM \_\_\_\_\_ PRENOM \_\_\_\_\_  
 Cognome Nome di battesimo  
 N° DU \_\_\_\_\_ DATE DE \_\_\_\_\_  
 PASSAPORT DELIVRANCE \_\_\_\_\_ DATE \_\_\_\_\_  
 N° del passaporto Data di rilascio Data di scadenza  
 LIEU DE \_\_\_\_\_ PAYS EMETTEUR \_\_\_\_\_  
 DELIVRANCE \_\_\_\_\_  
 Luogo di rilascio Nazione di emissione  
 ADRESSE DE RESIDENCE ACTUELLE DU REQUERANT \_\_\_\_\_  
 Indirizzo attuale del richiedente  
 RUE \_\_\_\_\_ VILLE \_\_\_\_\_  
 Via Città  
 PAYS \_\_\_\_\_ TEL/FAX \_\_\_\_\_  
 Nazione Telefono  
 FONCTIONS DU REQUERANT \_\_\_\_\_  
 Professione del richiedente  
 MOTIF DU SEJOUR AU BURUNDI \_\_\_\_\_  
 Motivo del soggiorno in Burundi

AVEZ VOUS DEJA \_\_\_\_\_  
 SEJOURNE AU BURUNDI? \_\_\_\_\_  
 Ha già soggiornato in Burundi?  
 PERIODE \_\_\_\_\_  
 Período  
 DATE PROBABLE D'ENTREE AU BURUNDI \_\_\_\_\_  
 Data probabile d'ingresso in Burundi  
 GENRE DE VISA SOLLICITE \_\_\_\_\_  
 Genere di visto richiesto  
 DUREE DU SEJOUR \_\_\_\_\_  
 Durata del soggiorno  
 AVEZ VOUS UNE PERSONNE DE REFERENCE AU BURUNDI? \_\_\_\_\_  
 Ha una persona di riferimento in Burundi?  
 SI OUI, SON NOM ET ADRESSE \_\_\_\_\_  
 Se sÌ, suo nome ed indirizzo  
 ADRESSE DE REFERENCE AU BURUNDI \_\_\_\_\_  
 Indirizzo di riferimento in Burundi  
 FAIT A \_\_\_\_\_ LE \_\_\_\_\_  
 Fatto a \_\_\_\_\_ il \_\_\_\_\_

SIGNATURE DU REQUERANT  
Firma del richiedente

RESERVE A L'AUTORITE QUI DONNE LE VISA

WISA N° \_\_\_\_\_  
 TAXE \_\_\_\_\_  
 DATE \_\_\_\_\_

Corso di Francia, 221 int. 6 - 00191 Roma Tel. 06-36381756 Fax 06.36381171 e-mail: ambata@tin.it

Via Enrico Accinni, 63 scalo B; int 10 ; 00195 Roma Tel: 0636381786 Fax: 0636381171