U. S. Department of State

KONTAKT INFORMACIJE I RADNO ISKUSTVO PODNOSIOCA MOLBE ZA POSETILAČKU VIZU

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

MOLIMO VAS DA ODGOVORE OTKUCATE ILI NAPIŠETE ŠTAMPANIM SLOVIMA U PREDVIĐENOM PROSTORU ISPOD SVAKE STAVKE
MOLIMO VAS DA DODATE LIST PAPIRA UKOLIKO VAM JE POTREBNO VIŠE PROSTORA ZA ODGOVORE

1. Prezime*(na)* **Ime*(na)***

2. Datum rođenja *(dan, mesec, god.)*

3. Mesto rođenja

Država	Grad	Pokrajna

4. Stalna adresa i broj telefona *(upišite ulicu, broj, broj stana, poštanski broj, grad i državu)*

5. Puno ime i adresa supružnika *(ako ga imate) (broj poštanskog faha se ne prihvata)*

Ime *(Prezime, lično ime)*	Adresa	Broj telefona

6. Puno ime i adresa dece, roditelja, braće i sestara *(broj poštanskog faha se ne prihvata)*

Ime *(Prezime, lično ime)*	Adresa	Srodstvo	Broj telefona

7. Navedite puna imena najmanje dve osobe koje u zemlji boravka podnosioca molbe mogu potvrditi date podatke o podnosiocu *(nemojte upisivati najbliže srodnike ili druge rođake) (broj poštanskog faha se ne prihvata)*

Ime (Prezime, lično ime)	Adresa	Broj telefona

Zakon o smanjenu administrativnih procedura

**Vreme potrebno da se popuni ovaj formular procenjuje se na 1 sat, uključujući i vreme potrebno za traženje i prikupljanje potrebnih podataka, popunjavanje formulara i proveru upisanih podataka. U skladu sa 5 CFR 1320 5(b), niste dužni da odgovorite na postavljena pitanja na ovom formularu ukoliko se na njemu ne nalazi trenutno validan OMB kontrolni broj. Sve komentare u vezi sa tacnošću procenjenog vremena za popunjavanje ovog formulara i sve predloge pošaljite na adresu: U.S. Department of State (A/RPS/DIR) Washington, D.C. 20520.*

RADNO ISKUSTVO - SADAŠNJE

Zanimanje:	Datum *(dan, mesec, god.)* od	Datum *(dan, mesec, god.)* do

Naziv i adresa poslodavca:

Broj telefona

Opis vašeg posla:

RADNO ISKUSTVO - PROŠLO

Zanimanje:	Datum *(dan, mesec, god.)* od	Datum *(dan, mesec, god.)* do

Naziv i adresa poslodavca:

Broj telefona

Opis vašeg posla:

RADNO ISKUSTVO - PROŠLO

Zanimanje:	Datum *(dan, mesec, god.)* od	Datum *(dan, mesec, god.)* do

Naziv i adresa poslodavca:

Broj telefona

Opis vašeg posla:

RADNO ISKUSTVO - PROŠLO

Zanimanje:	Datum *(dan, mesec, god.)* od	Datum *(dan, mesec, god.)* do

Naziv i adresa poslodavca:

Broj telefona

Opis vašeg posla:

Ovim potvrđujem da sam pročitao/la i razumeo/la sva pitanja na ovom formularu i da su odgovori koje sam dao/la na ovom obrascu istiniti i tačni koliko ja znam i verujem. Razumem da svaki lažni ili pogrešni iskaz može rezultirati trajnim odbijanjem vize ili zabranjivanjem ulaska u Sjedinjene Američke Države.

POTPIS PODNOSIOCA MOLBE _____ DATUM (dan, mesec, god.): _____