



REPÚBLICA DE ANGOLA
EMBAIXADA DA REPÚBLICA DE ANGOLA NA POLÓNIA
EM VARSOVIA

PEDIDO DE VISTO

Fotografia

TRABALHO **PERMANÊNCIA TEMPORÁRIA** **PRIVILEGIADO**
PRACOWNICZA CZASOWEGO POBYTU UPRZYWILEJOWANA

ESTUDO **FIXAÇÃO DE RESIDÊNCIA** **TRATAMENTO MÉDICO**
STUDENCKA OSIEDLEŃCZA LECZENIE

Nome: _____

Imię i nazwisko

Estado Civil Solteiro/a Casado/a Viúvo/a Sexo F M

Stan cywilny Kawaler/Panna Żonaty/Zamężny Wdowiec/Wdowa Płeć

Data de Nascimento: ____/____/____ Local de Nascimento: _____

Data urodzenia Miejsce urodzenia

País de Nascimento: _____ Nacionalidade de Origem:: _____

Kraj urodzenia Narodowość

Nacionalidade Actual: _____ Passaporte nº: _____

Narodowość aktualna Numer paszportu

Emitido em: _____ aos: ____/____/____ Válido até: ____/____/____

Wydany przez dnia: Ważny do:

Profissão: _____ Cargo que Ocupa: _____

Zawód Zajmowane stanowisko

Local de Trabalho: _____

Miejsce pracy (nazwa firmy i adres)

Morada/Estado: _____ Cidade: _____

Miejsce zamieszkania/Kraj Miasto

Rua: _____ Código Postal: _____

Ulica Kod pocztowy

Telefax: _____ E-mail: _____ Nº de Telefone: _____

Numer Faksu email Numer telefonu

Nome do Pai: _____ Nacionalidade do Pai: _____

Imię i nazwisko ojca Narodowość ojca

Nome da Mãe: _____ Nacionalidade da Mãe: _____

Imię i nazwisko matki Narodowość matki

Local de Hospedagem em Angola: _____

Miejsce pobytu w Angoli

Cidade: _____ Rua: _____ Casa nº.: _____

Miasto Ulica Numer

Nome da pessoa ou Organismo que se responsabilizará pela sua estadia: _____

Nazwisko osoby lub instytucji odpowiedzialnej za pobyt w Angoli

Cidade: _____ Rua: _____ Casa nº.: _____
Miasto Ulica Numer

Data da última entrada em Angola: ____/____/____ Posto de fronteira utilizado: _____
Data ostatniej wizyty w Angoli Granica, która była przekraczana

Endereço da última morada em Angola: _____
Adres ostatniego pobytu w Angoli

Menores averbados no passaporte e que beneficiarão do visto

Mabletni wpisani do paszportu towarzyszący w podróży

1- Nome: _____ Nascido aos: ____/____/____ Grau de parentesco: _____
Imię Data urodzenia Stopień pokrewieństwa

2- Nome: _____ Nascido aos: ____/____/____ Grau de parentesco: _____

3- Nome: _____ Nascido aos: ____/____/____ Grau de parentesco: _____

Nome da pessoa ou do Organismo Solicitante do visto: _____
Nazwisko osoby lub nazwa instytucji składającej wniosek o wizę

A PREENCHER PELO SOLICITANTE DE VISTO DE TRABALHO
DO WYPEŁNIENIA PRZEZ OSOBY WYJEŹDZAJĄCE W CELU PODJĘCIA ZATRUDNIENIA

Nome do Organismo contratante: _____
Nazwa instytucji zatrudniającej:
Endereço completo em Angola: _____
Dokładny adres firmy lub instytucji w Angoli

Função a exercer: _____
Zajmowane stanowisko
Data do início do contrato: ____/____/____ Data do fim do contrato: ____/____/____
Data rozpoczęcia kontraktu Data zakończenia kontraktu
Endereço completo em Angola: _____
Dokładny adres pobytu:

Assinatura do Requerente: _____ Data: ____/____/____
Podpis osoby ubiegającej się o wizę

A PREENCHER PELO SOLICITANTE DE VISTO PARA FIXAÇÃO DE RESIDÊNCIA
DO WYPEŁNIENIA PRZEZ OSOBY WYJEŹDZAJĄCE W CELU OSIEDLENIA

Razões porque quer residir em Angola: _____
Powody osiedlenia się w Angoli

Temporariamente Definitivamente
Tymczasowo Na stałe

Pretende residir com o seu agregado familiar? Sim Não ESPOSA ESPOSO FILHOS OUTROS
Czy chce Pan/Pani osiedlić się z rodziną? Tak Nie z żoną z mężem z dziećmi z innymi

Meios de subsistência: _____
Środki na utrzymanie

Endereço em Angola: _____
Adres w Angoli

Assinatura do Requerente: _____ Data: ____/____/____
Podpis osoby ubiegającej się o wizę

**A PREENCHER PELO SOLICITANTE DE PERMANÊNCIA TEMPORÁRIA
DO WYPEŁNIENIA PRZEZ OSOBY WYJEŻDZAJĄCE W CELU TYMCZASOWEGO POBYTU**

Pertende permanecer em Angola com fundamento no seguinte:

Powód pobytu na terytorium Angoli związany jest z następującymi czynnikami:

Cumprimento de missão a favor de uma instituição religiosa <i>Misja religijna</i>	<input type="checkbox"/>	Razões humanitárias <i>Akcje humanitarne</i>	<input type="checkbox"/>
Realização de trabalhos de investigação científica <i>Prace związane z badaniami naukowymi</i>	<input type="checkbox"/>	Acompanhamento familiar <i>Towarzystwo rodzinie</i>	<input type="checkbox"/>
Ser familiar de titular de autorização de residência válida <i>Wspólny pobyt krewnym mającym zezwolenie na osiedlenie się</i>	<input type="checkbox"/>	Ser cônjuge de cidadão nacional <i>Pobyt z mężem/żoną obywatelstwa Angoli</i>	<input type="checkbox"/>

Meios de subsistência: _____
Środki na utrzymanie

Endereço em Angola: _____
Adres w Angoli

Assinatura do Requerente: _____ Data: ____/____/____
Podpis osoby ubiegającej się o wizę

**A PREENCHER PELO SOLICITANTE DE PRIVILEGIADO
DO WYPEŁNIENIA PRZEZ OSOBY UBIEGAJĄCE SIĘ O WIZĘ UPRZYWILEJOWANĄ**

Nome da Empresa Investidora: _____
Nazwa firmy inwestującej:

Condição do cidadão estrangeiro: <i>Sytuacja osoby wyjeżdżającej:</i>	Investidor <input type="checkbox"/> <i>Inwestor</i>	Representante <input type="checkbox"/> <i>Przedstawiciel</i>	Procurador <input type="checkbox"/> <i>Badacz</i>
--	--	---	--

Endereço completo em Angola: _____
Adres pobytu w Angoli

Assinatura do Requerente: _____ Data: ____/____/____
Podpis osoby ubiegającej się o wizę

**A PREENCHER PELO SOLICITANTE DE ESTUDO
DO WYPEŁNIENIA PRZEZ OSOBY UBIEGAJĄCE SIĘ O WIZĘ W CELU PODJĘCIA STUDIÓW**

Motivos da entrada em Angola: _____
Powód wyjazdu do Angoli:

Frequentar programa de estudos em Escolas: Privadas Prywatnej
Públicas Publicznej

Formação profissional para obtenção de grau académico ou profissional

Kształcenie zawodowe w celu uzyskania stopnia akademickiego lub zawodowego

Data do início: ___/___/___ Data do término: ___/___/___

Data rozpoczęcia Data zakończenia

Realizar Estágios em: Empresas ou Serviços Públicos W firmach lub instytucjach publicznych

Odbycie stażu Empresas ou Serviços Privados W firmach lub instytucjach prywatnych

Assinatura do Requerente: _____ Data: ___/___/___

Podpis osoby ubiegającej się o wizę

**A PREENCHER PELO SOLICITANTE DE VISTO DE TRATAMENTO MÉDICO
DO WYPEŁNIENIA PRZEZ OSOBY WYJEŹDZAJĄCE NA LECZENIE**

Nome da Unidade Hospitalar: _____

Nazwa Jednostki Szpitalnej: _____

Pública Privada

Państwowa Prywatna

Data de início de tratamento: ___/___/___ Data provável do término do tratamento: ___/___/___

Data rozpoczęcia leczenia Przewidywana data zakończenia leczenia

Assinatura do Requerente: _____ Data: ___/___/___

Podpis osoby ubiegającej się o wizę

INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES:

INFORMACJE DODATKOWE

- | | | |
|--|------------------------------|------------------------------|
| - Já realizou viagens para Angola: | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| Byłem/am już w Angoli | Tak | Nie |
| - Já obteve Cartão de Residência: | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| Uzyskałem Kartę Pobytu | Tak | Nie |
| - Já obteve visto de trabalho: | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| Uzyskałem wizę pracowniczą | Tak | Nie |
| - Já lhe foi recusada a entrada em Angola: | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| Odmówiono mi wjazdu do Angoli | Tak | Nie |
| - Já foi expulso de Angola: | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| Byłem/am wydalony z Angoli | Tak | Nie |

A PREENCHER PELA MISSÃO CONSULAR:

DO WYPEŁNIENIA PRZEZ DZIAŁ KONSULARNY

Parecer do Responsável da Missão Consular: _____

O RESPONSÁVEL

Data: ___/___/___

Assinatura Legível