

Consulado General de Chile
Humboldtstrasse 94
60318 Frankfurt am Main

Tel. +49 69 550194
Fax +49 69 5964516

Photo

VISUM - ANTRAG

Bitte in Druckschrift schreiben

Pass No. <i>Passaporte No.</i>		Ausgestellt von <i>Expedido por</i>	
Ausgestellt am <i>Expedido el</i>		Gültig bis <i>Válido hasta</i>	
Arbeitsvisum	<input type="checkbox"/>	Für welchen Zeitraum	
Visum für Studienzwecke	<input type="checkbox"/>		
Visum für befristeten Aufenthalt	<input type="checkbox"/>		

Familienname (bei Frauen Mädchenname) <i>Primer Apellido</i>	Mädchenname der Mutter <i>Segundo Apellido</i>	Vornamen (wie im Pass) <i>Nombres</i>

Anschrift des letzten Wohnsitzes und Telefonnummer

Dirección del ultimo domicilio y teléfono

Familienstand <i>Estado Civil</i>	Geburtsdatum und Ort <i>Fecha y Lugar</i>	Geburtsland <i>Pais de Nacimiento</i>	Staatsangehörigkeit <i>Nacionalidad legal</i>

Vor- und Zuname des Vater <i>Nombre de Padre</i>	Vor- und Zuname der Mutter (Mädchenname) <i>Nombre de la Madre</i>	Staatsangehörigkeit der Eltern <i>Nacionalidad de los Padres</i>

Beruf <i>Profesion</i>	Letztes abgeschlossenes Ausbildungsjahr (z.B. 2.Jahr Universität) <i>Ultimo ano de estudios cursado</i>	Schreiben und lesen Sie Spanisch ? <i>Escribe y habla castellano ?</i>

Tag der Abfahrt <i>Fecha de salida</i>	Grund der Reise <i>Motivo del Viale</i>	Finanzmittel, über die Sie in Chile verfügen werden <i>Medios economicos de que dispendrá en Chile</i>

Waren Sie bereits in Chile ? Wann und wie lange:

Ha estado en Chile ? Cuando y por cuanto tiempo

Länder, in denen Sie länger als 1 Jahr gelebt haben:

Países en los que havivido más de 1ano

Vertagsdauer und mit welcher Firma in der BRD:

Duracion del contrato, y empresa en Alemania

Wer kommt für die Reisekosten auf ?:

Quién paga sus gastos de viaje ?

Name, Telefonnummer und Anschrift des Arbeitgebers, oder Schule/Universität UND der Kontaktperson in Chile:

Nombre, telefono y direccion del empleador, colegio, Universidad, y / o del contacto en Chile

Beiliegende Dokumente:	Polizeiliches Führungszeugnis	<input type="checkbox"/>	Amtsärztliches Attest	<input type="checkbox"/>
------------------------	-------------------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------

Datum / Fecha

Unterschrift