



# DEMANDE DE VISA

## DOCUMENT A REMPLIR EN LETTRES CAPITAL

PIÈCES À FOURNIR : Ordre de mission ou Invitation - Billet d'avion - Réservation d'hôtel ou Attestation d'hébergement - Carnet de Vaccinations - 1 Photo récente.

Type de Passeport :                    Ordinaire                     Diplomatique/Service

Nom ..... Nom de jeune fille.....  
(Cognome)                    (Cognome da nubile)  
Prénoms..... Sexe.....  
(Nome)  
Date et lieu de naissance: ..../..../.. à .. Nationalité .....  
(Data e luogo di nascita)                    (Nazionalità)

N° Passeport : ..... Date de délivrance : ..../..../.. Date d'expiration : ..../..../..  
(Numero di Passaporto)                    (Data di emissione)                    (Data di scadenza)  
Autorité ayant délivré le passeport : ..... Lieu de délivrance : .....  
(Autorità rilasciante il passaporto)                    (Luogo di rilascio)

Domicile en Italie : .....  
(Indirizzo in Italia)  
Code Postal : ..... Ville : ..... Tél : .....  
(Codice di Avviamento Postale)                    (Città)                    (Numero Telefonico)  
Mobile : ..... E-mail : ..... @ .....

Profession : ..... Employeur : .....  
(Professione)                    (Società)

Motif de séjour : TOURISME  AFFAIRES  MISSION HUM./ONG\*  TRANSIT  Durée du séjour 1-30  1-90  jours  
(Motivo del soggiorno) \* Quel ONG Vous représentez?..... (Durata del soggiorno)                    (giorni)  
Point d'entrée au Bénin : ..... Date d'entrée au Bénin : .....  
(Varco d'entrata in Benin)                    (Data di arrivo in Benin)  
Nomination du vol : ..... Nombre d'entrées : .....  
(Compagnia e numero del volo)                    (Numero di entrate)  
Adresse au Bénin:.....  
(Indirizzo in Benin)  
**Deux (02):**   
Pour visas 1-30 jours  
**Multiples:**   
Pour visas 1-90 jours

**NB : le changement de la date d'embarquement après la délivrance du visa implique la reprise dudit visa pour un coût supplémentaire de 20 euros.**

*J'atteste sur l'honneur de l'exactitude des renseignements portés sur la présente fiche.*  
(Attesto la veridicità delle informazioni riportate in questo modulo.)

Date de la demande : ..../..../..  
(Data della domanda)  
  
Signature :   
(Firma)

### CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION

Avis de l'Autorité :    Accord                     Refus                     Demande suspendue   
Observations:.....

*Viale del Policlinico, 131 - 00161 Rome  
Tél: (+39) 06 79 84 65 67 Fax: (+39) 06 79 81 01 97 E-mail: ambr201@tiscali.it*