FECHA PREVISTA DE ENTRADA EN ARABIA

CIUDAD ESPAÑOLA DE PROCEDENCIA

CÓDIGO POSTAL

CORREO ELECTRÓNICO / MÓVIL PERSONAL

¿Ha sido operado ó está recibiendo algún tratamiento de urgencia? SI NO

¿Ha tenido algún accidente que le haya provocado enfermedad ó minusvalía? SI NO

¿Tiene alguna malformación o enfermedad congénita? SI NO

Yo, abajo firmante, DECLARO, que todos los datos aquí manifestados son correctos

FIRMA FECHA

NOMBRE