

DATOS DE LA PERSONA RESIDENTE EN URUGUAY**PRIMER NOMBRE****SEGUNDO NOMBRE****PRIMER APELLIDO****SEGUNDO APELLIDIO****NÚMERO DE CÉDULA DE IDENTIDAD****NACIONALIDAD****PROFESIÓN / OCUPACIÓN****En caso de ser extranjero marque con una "x" la opción correcta**

☐	RESIDENTE EN TRAMITE (*)
--------------------------	--------------------------

☐	RESIDENTE PERMANENTE LEGAL
--------------------------	----------------------------

☐	CIUDADANO LEGAL
--------------------------	-----------------

(*) Indique lugar y fecha en los que inició trámite de residencia**Lugar:****Fecha:****DOMICILIO EN URUGUAY****Calle****Nº****Apto Nº****Localidad****Departamento****TELÉFONO DE CONTACTO****CORREO ELECTRÓNICO****DATOS DE LA PERSONA A REUNIFICAR**

PRIMER NOMBRE

SEGUNDO NOMBRE

PRIMER APELLIDO

SEGUNDO APELLIDIO

NÚMERO DEL PASAPORTE

NACIONALIDAD

FECHA DE NACIMIENTO

EDAD

PROFESIÓN / OCUPACIÓN

VÍNCULO FAMILIAR CON EL SOLICITANTE. Marque con una “x” opción correcta

☐ HIJO MENOR DE EDAD (menor de 18 años)

☐ HIJO MAYOR CON DISCAPACIDAD

☐ CÓNYUGE

☐ MADRE

☐ PADRE

TELÉFONO DE CONTACTO

DOMICILIO

Calle

Nº

Apto Nº

Localidad

Departamento