



Deklaracja zdrowia

Zgodnie z Międzynarodowymi Przepisami Zdrowotnymi (IHR 2005) i Prawem Egipskim dot. kwarantanny, niniejszy formularz Deklaracji Zdrowia Publicznego (Public Health Declaration Form) jest dokumentem obowiązkowym i ma na celu ochronę Twojego zdrowia. Poniższe informacje pomogą urzędnikom zdrowia publicznego skontaktować się z Tobą jeśli byłeś narażony na chorobę zakaźną. Ważne, aby wypełnić ten formularz dokładnie i kompletnie.

Ja, niżej podpisany, niniejszym potwierdzam, że wszystkie podane poniżej informacje są prawdziwe oraz że ostatnio nie zdiagnozowano u mnie COVID-19, nie miałam/em bliskiego kontaktu z osobą podejrzaną lub zakażoną COVID-19 i nie miałam/em jakichkolwiek objawów w ciągu ostatnich 14 dni.

Pełne imię:	
Narodowość:	
Data urodzenia:	Dzień <input type="text"/> Miesiąc <input type="text"/> Rok: <input type="text"/>
Numer paszportu:	
Zawód:	
Linia lotnicza:	
Numer lotu:	
Miejsce wylotu:	
Adres w Egipcie:	
Numer telefonu kontaktowego:	
Adres mailowy:	
Czy masz objawy takie jak wysoka gorączka, kaszel, ból gardła i duszności ?	
Tak: <input type="checkbox"/>	Nie: <input type="checkbox"/>



Czy w ciągu ostatnich 14 dni miałeś/eś kontakt z osobą, która miała test na COVID-19?

Tak:

Nie:

Który kraj/kraje odwiedziłeś/eś (pełna trasa) w ciągu ostatnich 14 dni?

_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------

Jeśli podczas pobytu w Egipcie wystąpią u mnie jakiegokolwiek objawy COVID-19, to natychmiast zgłoszę to kierownictwu hotelu i lekarzowi oraz poszukam niezbędnej pomocy medycznej lub zadzwonię pod nr tel. 105.

Jeśli podczas pobytu w Egipcie zmienię adres lub nr tel. komórkowego to zadzwonię pod nr tel. 105 w celu przekazania aktualnych danych.

W przypadku naruszenia powyższego, rząd egipski nie bierze odpowiedzialności, jeśli wykażę pozytywny wynik testu na COVID-19 w okresie 14 dni po wylocie.

Niezłożenie tego oświadczenia spowoduje nielegalny wjazd do kraju.

Niniejszym potwierdzam, że przeczytałem i zrozumiałem powyższe.

Podpis:

Data:

