



Deklaracja Zdrowia

Zgodnie z międzynarodowymi przepisami dotyczącymi zdrowia (IHR 2005) i egipskim prawem, niniejszy formularz deklaracji zdrowia publicznego jest dokumentem obowiązkowym i ma na celu ochronę zdrowia. Informacje w nim zawarte pomogą pracownikom służby zdrowia skontaktować się z osobami, potencjalnie narażonymi na COVID-19. Ważne jest, aby wypełnić ten formularz zgodnie z prawdą.

Ja, niżej podpisany, niniejszym potwierdzam, że wszystkie podane przeze mnie informacje są poprawne.

Nie zdiagnozowano u mnie w ostatnim czasie COVID-19, ani świadomie nie miałem bliskiego kontaktu z żadną osobą, u której podejrzewa się lub wykazano wynik pozytywny na obecność COVID-19.

Nie zauważyłem u siebie żadnych objawów w ciągu ostatnich 14 dni.

Oświadczam, że obecnie jestem objęty zagranicznym ubezpieczeniem zdrowotnym ważnym do dnia mojego wyjazdu z Egiptu.

Pełne imię i nazwisko:

Narodowość:

Data urodzenia: **Dzień** **Miesiąc** **Rok**

Numer paszportu:

Zawód:

Nazwa linii lotniczej:

Numer lotu:

Miejsce wylotu:

Adres zakwaterowania w Egipcie:

Numer telefonu:

Adres mailowy:

Numer ubezpieczenia:

Czy masz objawy, takie jak: wysoka gorączka, kaszel, ból gardła lub duszności?

Tak Nie

Czy w ciągu ostatnich 14 dni miałeś kontakt z kimś, kto przeprowadził testy na COVID-19?

Tak Nie

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

Jeżeli podczas pobytu w Egipcie wystąpią jakiegokolwiek objawy COVID-19, niezwłocznie zgłószę się do kierownictwa hotelu lub lekarza, a także zwrócę się o pomoc medyczną lub zadzwonię pod numer 105.

W przypadku zmiany w / w adresu lub numeru telefonu podczas pobytu w Egipcie zadzwonię pod numer 105 w celu podania nowych informacji.

W przypadku naruszenia powyższego, rząd egipski nie będzie ponosił żadnej odpowiedzialności, jeśli pokażę dowód pozytywnego wyniku testu na COVID-19 w ciągu 14 dni po wylocie.

Niezłózenie tego oświadczenia spowoduje nielegalny wjazd do kraju.

Niniejszym potwierdzam, że przeczytałem i zrozumiałem wszystkie powyższe informacje.

Podpis: **Data:**.....