DEKLARACJA PASAŻERA DLA CELÓW OCHRONY ZDROWIA PUBLICZNEGO W ZWIĄZKU Z COVID-19

(opracowana na podstawie ICAO State letter EC 6/3 - 20/90) *Zaleca się, aby deklaracja o stanie zdrowia znajdowała się na odwrotnej stronie Formularza Lokalizacji Podróżnego.*

Cel formularza:

Niniejszy formularz służy wspieraniu organów władzy odpowiedzialnych za zdrowie publiczne poprzez ułatwienie przylatującym pasażerom przekazanie odpowiednich informacji na temat ich zdrowia, w szczególności w związku z COVID-19.

Informacja powinna zostać odnotowana przez każdego dorosłego członka grupy lub grupy turystycznej.

Pomimo wypełnienia formularza pasażer może zostać poddany dodatkowemu badaniu przez przedstawicieli organów władzy odpowiedzialnych za zdrowie publiczne jako element systemu wielopoziomowego zapobiegania.

Podane przez państwa informacje będą przechowywane zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa krajowego i będą wykorzystane wyłącznie dla celów ochrony zdrowia publicznego.

1) Informacje o podróżnym:	
Imię/imiona:	
Nazwisko:	
Data urodzenia (dd/mm/rrrr):	
Dokument tożsamości i kraj wydania:	
Kraj zamieszkania:	
Port lotniczy wylotu:	

2) Czy w ciągu ostatnich 14 dni miał/a Pan/i lub członek grupy, z którą Pan/i podróżuje, bliski kontakt (kontakt twarzą w twarz dłużej niż przez 15 min. lub bezpośredni kontakt fizyczny) z osobą, która miała objawy wskazujące na zakażenie COVID-19? Tak ☐ Nie ☐

3) Czy miał/a Pan/i lub członek grupy, z którą Pan/i podróżuje, którykolwiek z poniższych symptomów w ciągu ostatnich 14 dni:

Gorączka	Tak ☐ Nie ☐	Duszności	Tak ☐ Nie ☐
Kaszel	Tak ☐ Nie ☐	Nagła utrata smaku lub węchu	Tak ☐ Nie ☐

4) Czy miał/a Pan/i lub członek grupy, z którą Pan/i podróżuje, pozytywny test na COVID-19 w ciągu ostatnich 3 dni? Tak ☐ Nie ☐

Proszę dołączyć raport, jeśli to możliwe

5) Proszę wymienić wszystkie kraje i miasta, które odwiedził/a Pan/i lub przez które przejeżdżał/a Pan/i w ciągu ostatnich 14 dni wraz z grupą, z którą Pan/i podróżuje (w tym lotniska i porty), podając datę wizyty. Proszę w pierwszej kolejności wymienić ostatnie miejsca pobytu.

_____

_____

Aby uzyskać więcej informacji na temat kar związanych z podaniem fałszywych danych w niniejszym formularzu, proszę zapoznać się z obowiązującym prawem krajowym i/lub skontaktować się z instytucjami ds. zdrowia publicznego.

Podpis:

Data: