



## **Declaration Form / Бланк декларации**

Under the Egyptian Quarantine law and the International Health Regulations (IHR ), this Public Health Declaration Form is a mandatory document and aims to protect your health. Your information will help public health officers contact you if you were exposed to a communicable disease. It is important to fill out this form completely and accurately.

Согласно египетскому закону о карантине и Международным медико-санитарным правилам данная форма декларации общественного здравоохранения является обязательным документом и направлена на защиту Вашего здоровья. Ваша информация поможет сотрудникам общественного здравоохранения связаться с Вами, если вы могли заразиться инфекционным заболеванием на борту самолета. Важно заполнить эту форму полностью и точно.

I, the undersigned, hereby confirm that all the information I provide below is correct and that I have neither been recently diagnosed with COVID-2019, nor did I, knowingly, have had close contact with any person suspected or tested positive for COVID-2019, nor have I not suffered from any symptoms during the past days.

Я, нижеподписавшийся, подтверждаю, что вся информация, которую я предоставляю ниже, верна, и что мне недавно не ставили диагноз COVID-2019, и я сознательно не имел тесного контакта с кем-либо, подозреваемым или имеющим положительный результат на COVID-2019, и у меня не было никаких симптомов в течение последних дней.

Full Name / Полное имя: \_\_\_\_\_

Nationality / Национальность: \_\_\_\_\_

Date of Birth / Дата рождения: \_\_\_\_\_

Day Month Year / День месяц год \_\_\_\_\_

Passport Number / Номер паспорта: \_\_\_\_\_

Profession / Профессия: \_\_\_\_\_

Airline Name / Название авиакомпании: \_\_\_\_\_

Flight Number / Номер рейса: \_\_\_\_\_

Arriving from / Прибытие из: \_\_\_\_\_

Address in Egypt / Адрес в Египте: \_\_\_\_\_

Telephone/Mobile Number / Телефон / Мобильный номер: \_\_\_\_\_

E-mail Address/ Адрес электронной почты: \_\_\_\_\_

Do you have symptoms such as high fever, cough, sore throat and shortness of breath? /

У вас есть такие симптомы, как высокая температура, кашель, боль в горле и одышка?

\_\_\_\_\_

Yes / Да

No / Нет

In the last days, have you had contact with someone who tested with COVID-2019?

Были ли у вас контакты в последние дни с кем-нибудь, кто тестировался на COVID-2019?

Yes / Да

No / Нет

Which country / countries have you visited (full route) during the past days?

В какой стране / странах вы побывали (не включая транзит) за прошедшие дни?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Should I experience any symptoms of COVID-2019 during my stay in Egypt, I will immediately report the incident to the hotel management and doctor and seek the necessary medical assistance, or call .

**Если у меня** возникнут какие-либо симптомы COVID-2019 во время пребывания в Египте, я немедленно сообщу об этом руководству отеля и врачу и обращусь за необходимой медицинской помощью.

Should I change the above mentioned address or phone number during my stay in Egypt I will call to give the new information.

**Если я** поменяю вышеупомянутый адрес или номер телефона во время моего пребывания в Египте, я предоставлю новую информацию.

In case I violate the above, the Egyptian Government shall not be subject to any liability, whatsoever, if I show evidence of positive testing for COVID-2019 during the days after departure.

**В случае** нарушения **мной** вышеизложенного, Правительство Египта не несет никакой ответственности, в случае если мой результат тестирования на COVID-2019 окажется положительным в течение нескольких дней после отъезда из Египта.

Failure to submit this declaration will result in an illegal entry to the country.

**Непредставление этой декларации приведет к незаконному въезду в страну.**

I hereby confirm that I have read and understood all of the above.

**Настоящим подтверждаю, что я прочитал и понял все вышеизложенное.**

**Signature / Подпись:**

**Date / Дата:** \_\_\_\_\_