



Declaration Form

Under the Egyptian Quarantine law and the International Health Regulations (IHR 2005), 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.

I, the undersigned, hereby confirm that all the information I provide below is correct and that I have neither been recently diagnosed with COVID-19, nor did I, knowingly, have had close contact with any person suspected or tested positive for COVID-19, nor have I not suffered from any symptoms during the past 14 days.

Full Name: -----
Nationality: -----
Date of Birth: -----
 Day Month Year
 ----- ----- -----

Passport Number: -----
Profession: -----
Airline Name: -----
Flight Number: -----
Arriving from: -----
Address in Egypt: -----
Telephone/Mobile Number: -----
E-mail Address: -----

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

Yes No

In the last 14 days, have you had contact with someone who tested with COVID-19?

Yes No

Which country / countries have you visited (full route) during the past 14 days?

Should I experience any symptoms of COVID-19 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 105.

Should I change the above mentioned address or phone number during my stay in Egypt I will call 105 to give the new information.

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-19 during the 14 days after departure.

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

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

Signature: **Date:**

Preklad - pomôcka pre vyplnenie formulára

VYHLÁSENIE

Podľa egyptského karanténneho práva a medzinárodných zdravotných predpisov (IHR), tento Formulár zdravotnej deklarácie je povinným dokumentom a jeho cieľom je chrániť vaše zdravie.

Vaše informácie pomôžu verejným zdravotníckym úradníkom kontaktovať vás, ak ste boli vystavení prenosnej chorobe. Je dôležité úplne a presne vyplniť tento formulár.

Ja, dolupodpísaný, týmto potvrdzujem, že všetky informácie, ktoré poskytnem nižšie, sú pravdivé a že nemám diagnostikovaný COVID-19, ani neviem o tom, že by som mal úzky kontakt s akokoľvek osobou s podozrením alebo pozitívne testovanou na COVID-19 a taktiež nemám a nemal som žiadne príznaky počas uplynulých 14 dní.

Meno a priezvisko:

Národnosť:

Dátum narodenia (deň, mesiac, rok)

Číslo pasu:

Zamestnanie:

Názov aerolínií: AIR CAIRO.....

Číslo linky: SM 552.....

Prichádzajúci z:

Adresa v Egypte:

Mobilné telefónne číslo:

e-mail:

Máte príznaky, ako je vysoká horúčka, kašeľ, bolesť v krku a dýchavičnosť?

Áno Nie

Boli ste za posledných 14 dní v kontakte s niekým, kto bol pozitívne testovaný na COVID-19?

Áno Nie

Ktorú krajinu / krajiny ste navštívili (plná trasa) počas posledných 14 dní?

.....
.....

V prípade, že spozorujem akékoľvek príznaky COVID-19 počas môjho pobytu v Egypte, okamžite to oznámim hotelovému managementu a lekárovi, vyhľadám potrebnú lekársku pomoc alebo zavolám na linku 105.

V prípade, že zmením vyššieuvedenú adresu v Egypte alebo telefónne číslo počas môjho pobytu, nové informácie oznámim telefonicky na linke 105.

V prípade, že som porušil vyššieuvedené, egyptská vláda nepodlieha vôbec žiadnej zodpovednosti, ak predložím doklad o pozitívnom testovaní na COVID-19 počas 14 dní po odchode z krajiny.

Nedodržanie tohto vyhlásenia bude mať za následok nezákonný vstup do krajiny.

Týmto potvrdzujem, že som si prečítal a pochopil všetko vyššieuvedené.

Podpis: Dátum: