

**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 Podróźnego.*

**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 podróźnym:

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 <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Duszności	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>
Kaszel	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>	Nagła utrata smaku lub węchu	Tak <input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/>

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:

# ZAŁĄCZNIK 13. FORMULARZ LOKALIZACJI PODRÓŻNYCH DLA CELÓW ZDROWOTNYCH

Karta Lokalizacji Podróżnego dla Celów Zdrowotnych: w celu ochrony Państwa zdrowia formularz ten powinien zostać wypełniony w przypadku, gdy władze odpowiedzialne za zdrowie publiczne podejrzewają zaistnienie choroby zakaźnej na pokładzie samolotu. Dostarczone przez Państwa informacje będą pomocne władzom odpowiedzialnym za zdrowie publiczne w przypadku konieczności nawiązania kontaktu w sytuacji, gdy byli Państwo narażeni na kontakt z chorobą zakaźną. **Poniższe informacje będą przetwarzane jedynie przez służby odpowiedzialne za zdrowie publiczne w zgodzie z odpowiednimi aktami prawnymi i będą używane jedynie dla celów ochrony zdrowia publicznego.**  
*Dziękujemy za pomoc w ochronie Państwa zdrowia.*

Formularz powinien zostać wypełniony przez jednego pełnoletniego członka każdej rodziny. Należy wypełniać dużymi, drukowanymi literami. W celu zaznaczenia odstępu pomiędzy wyrazami należy pozostawić puste pole.

INFORMACJE DOTYCZĄCE LOTU: 1. Nazwa przewoźnika 2. Numer lotu 3. Numer miejsca 4. Data przylotu (rrrr-mm-dd)

--	--	--	--

DANE OSOBOWE: 5. Nazwisko 6. Imię 7. Drugie imię 8. Płeć

			M <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>
--	--	--	-------------------------------------------------------

NUMER (NUMERY) TELEFONU KONTAKTOWEGO, pod którym można Panią/Pana zastać w razie potrzeby. Należy uwzględnić numer kierunkowy kraju i miasta.

9. Telefon komórkowy 10. Telefon służbowy 11. Telefon stacjonarny 12. Inny telefon 13. Adres e-mail


ADRES STAŁEGO ZAMIESZKANIA: 14. Nazwa ulicy i numer domu (Należy oddzielić numer i nazwę za pomocą pustego pola) 15. Numer lokalu

--	--

16. Miasto 17. Województwo

--	--

18. Kraj 19. Kod pocztowy

--	--

TYMCZASOWY ADRES ZAMIESZKANIA: Jeśli zamierza Pani/Pan podróżować, należy podać tylko pierwsze miejsce pobytu.

20. Nazwa hotelu (jeśli dotyczy) 21. Nazwa ulicy i numer domu (Należy oddzielić numer i nazwę za pomocą pustego pola) 22. Numer lokalu

--	--	--

23. Miasto 24. Województwo

--	--

25. Kraj 26. Kod pocztowy

--	--

DANE KONTAKTOWE do osoby, która będzie w stanie skontaktować się z Panią / Panem w ciągu najbliższych 30 dni w przypadku nagłej sytuacji

27. Nazwisko 28. Imię 29. Miasto

--	--	--

30. Kraj 31. Adres e-mail

--	--

32. Telefon komórkowy 33. Inny numer telefonu

--	--

34. WSPÓLTOWARZYSZE PODRÓŻY – CZŁONKOWIE RODZINY: Należy uwzględnić wiek tylko osób poniżej 18 roku życia

	Nazwisko	Imię	Nr siedzenia	Wiek < 18
(1)				
(2)				
(3)				
(4)				

35. WSPÓLTOWARZYSZE PODRÓŻY – OSOBY NIESPOKREWNIONE: Należy również uwzględnić nazwę grupy (jeśli dotyczy)

	Nazwisko	Imię	Grupa (turystyczna, sportowa, biznesowa, inna)
(1)			
(2)			

Uwaga: Kartę Lokalizacji Podróżnych dla Celów Zdrowotnych można pobrać ze strony internetowej:

<http://www.icao.int/safety/aviation-medicine/Pages/guidelines.aspx> lub <http://www.capsca.org/CAPSCARef.html#EvalForms>

– KONIEC –