Karta Lokalizacji Pasażera: W celu ochrony Twojego zdrowia, pracownicy służby zdrowia poproszą Cię o wypełnienie tego formularza jeśli istnieje podejrzenie wystąpienia choroby zakaźnej na pokładzie samolotu, którym leciałeś/łaś. Podanie poniższych informacji pozwoli pracownikom służby zdrowia na kontakt z Tobą jeśli doszło do narażenia na chorobę zakaźną. Bardzo ważne jest aby wypełnić ten formularz dokładnie i w całości. Twoje dane będą zabezpieczone zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych i użyte jedynie do ochrony zdrowia publicznego. **~Dziękujemy, że pomagasz nam chronić Swoje zdrowie**

Jedna karta powinna być wypełniona przez dorosłego członka rodziny. Drukowanymi literami. Pozostawiaj wolne pola jako przerwy.

INFORMACJE O LOCIE **1. Nazwa linii lotniczych** **2. Nr lotu** **3. Nr siedzenia** **4. Data przylotu(rrrr/mm/dd)** 2 0

DANE OSOBOWE: 5. Nazwisko **6. Imię** **7. Inicjał drugiego imienia** **8. Płeć** Męska Żeńska

9. Narodowość **10. Data urodzenia (rrrr/mm/dd)** **11. PESEL lub numer dokumentu tożsamości**

NUMER TELEFONU pod jakim można Cię znaleźć, proszę podać kod kraju i miasta

12. Mobilny **13. Służbowy**

14. Domowy **15. Inny**

16. Email

ADRES ZAMELDOWANIA: 17. Ulica i numer domu (oddziel wolnym polem) **18. Numer mieszkania**

19. Miasto **20. Region/Województwo** **21. Powiat**

22. Gmina **23. Kod pocztowy** **24. Kraj**

ADRES TYMCZASOWY: Jeśli jesteś przyjezdnym podaj tylko adres pierwszego pobytu

25. Nazwa hotelu (jeśli hotel) **26. Ulica i numer (oddziel wolnym polem)** **27. Numer mieszkania/pokoju**

28. Miasto **29. Region/Województwo** **30. Powiat**

31. Gmina **32. Kod pocztowy** **33. Kraj**

OSOBA DO KONTAKTU W WYJĄTKOWEJ SYTUACJI lub ktoś kto może się z Tobą skontaktować w ciągu następnych 30 dni

34. Nazwisko **35. Imię** **36. Miasto**

37. Kraj **38. Email**

39. TOWARZYSZE PODRÓŻY – RODZINA: podaj wiek tylko jeśli jest niższy niż 18 lat

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

40. TOWARZYSZE PODRÓŻY – NIE RODZINA nazwa grupy (jeśli dotyczy)

	Nazwisko	Imię	Grupa *(wycieczka, drużyna, firma)*
1)			
2)			
3)			

Data wydania: 08.07.2020

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: