SƏHİYYƏ MƏQSƏDLƏRİ ÜÇÜN SƏRNİŞİN HAQQINDA MƏLUMAT TƏQDİM ETMƏ FORMASI:

Yoluxucu xəstəliyin daşıyıcısı olmağınıza sübhə etdiyiniz təqdirdə, sağlamlığınızın qorunması məqsədilə, bu formanı tərəfinizdən doldurulması vacibdir.İnfeksion xəstəliyə yoluxma riskiniz olduğu təqdirdə təqdim etdiyiniz məlumat səhiyyə işçilərinin sizinlə əlaqə saxlamaq üçün imkan yaradacaq. Bu formanın tam və dəqiq doldurulması vacibdir. Təqdim etdiyiniz məlumatların, qüvvədə olan qanunvericiliyə əsasən, saxlanılması və yalnız ictimai səhiyyə məqsədləri üçün istifadəsi nəzərdə tutulur.

- Sağlamlığınızın qorunmasında bizə kömək etdiyiniz üçün təşəkkür edirik! -

PUBLIC HEALTH PASSENGER LOCATOR FORM:

To protect your health, public health officers need you to complete this form whenever they suspect a communicable disease. Your information will help public health officers to contact you if you were exposed to a communicable disease. it is important to fill out this form completely and accurately. Your information is intended to be held in accordance with applicable laws and used only for public health purposes.

- Thank you for helping us to protect your health. -

Ailənin hər yetkin yaşlı üzvü bu formanı doldurmalıdır. Böyük hərflərlə yazın. Məsəfə üçün boş xanalar saxlayın.
One form should be completed by an adult member of each family. Print in capital (UPPERCASE) letters. Leave blank boxes for spaces.

ŞƏXSİ MƏLUMAT/ PERSONAL İNFORMATİON:

1. Soyad/Last (Family) Name

2. Ad/First (Given) Name

3. Ata adı/Middle name

4. Pasport nömrəsi/Passport number

5. Doğum tarlxi(iiii/aa/gg)/Date of birth(yyyy/mm/dd) **6.Gəlmə tarixi (iiii/aa/gg)/Date of arrival (yyyy/mm/dd)** **7.Cinsi/Your sex**

Kişi/Male ☐ ☐ **Qadın/Female**

Zərurət yarandıqda sizlnlə əlaqə saxlamaq üçün mümkün olan TELEFON NÖMRƏ(LƏRİ)NİZ. PHONE NUMBER(S)
where you can be reached if needed. Include country code and city code

8. Mobil/Mobile

9. İş/Business

10. Ev/Home

11. Digər/Other

12. Daimi yaşayış ünvanı/Permanent address

13. Şəhər/City

14. Vilayət/Region

15. Ölkə/country

MÜVVƏQƏTİ YAŞAYIŞ ÜNVANI: Ziyarətçisinizsə, yalnız ilk yerləşəcəyiniz yeri qeyd edin/
TEMPORARY ADDRESS: If you are a visitor, write only the first place where you will be staying

16. Mehmanxananın adı (olduqda)/Hotel name (if any)

17. Digar ünvan/0ther address

18.

19. MÜŞAİYƏT EDƏN ŞƏXSLƏR/TRAVEL COMPANİONS

Soyad/ Last (Family) Name **Ad/ First (Given) Name** **Yaşı<18/Age <18**

(1)

(2)

20. Səyahət etdiyiniz marşrut/Your travel route

21. Son 14 gün ərzində olduğunuz Ölkə/Vilayət/Şəhər/ Country/region/city visited for last 14 days

22. Son 14 gün ərzində olduğunuz İran İslam Respublikasının vilayəti/şəhəri / Region/city visited for last 14 days in İslamic Republic of İran

Formanı qəbul edən gömrük əməkdaşının adı, soyadı imzası _____

Müayinə aparan növbatçi hakimin adı, soyadı, imzası _____

Müayinə olunan şəxsin hərarəti (37 ^{0}C-dan çox olduqda) _____

Risk qrupuna aid olduğunuz və (və ya) özünüzdə respirator xəstəlik əlamətlərini (qızdırma, halsızlıq, öskürək, ürək bulanma, nəfəs darlığı) hiss etdiyiniz halda təcili və təxirəsalınmaz tibbi yardım xidmətinə zəng etməyiniz (103 və ya 113) xahiş olunur.*

If you belong to a risk group and/or have any symptoms of a respiratory disease (e.g. fever, weakness, cough, nausea, shortness of breath), please call emergency medical services (103 or 113).*

**** Ümumdünya Səhiyyə Təşkilatının müvafiq bülletenində sadalanan ölkələrdə son 14 gün ərzində səfərdə olmuş və (və ya) laborator olaraq təsdiqlənmiş Yeni Koronavirusa (2019-nCoV) yoluxmuş şəxslə təmasda olmuş insanlar risk qrupuna aid edilir.***

**** Those who within the last 14 days travelled to the countries listed in the relevant World Health Organisation situation report and/or had any contact with a laboratory-confirmed case of Novel Coronavirus (2019-nCoV) are considered to belong to a risk group.***