

Declaration Form / نموذج إقرار

Full Name (الإسم من أربع مقاطع)		Nationality الجنسية	
Country of Departure بلد المغادرة		Airline/Flight Number الشركة الناقلة ورقم الرحلة	
National No./Passport No. جواز السفر / الرقم الوطني		Date of Birth تاريخ الميلاد	
Gender الجنس		Date التاريخ	
Address العنوان		Telephone/Email الإيميل الإلكتروني / الهاتف	

Please answer the following questions with (Yes or No) by ticking in the respective place, in case of "Yes", indicate this in the remarks box.

الرجاء الإجابة على الأسئلة التالية بتحديد (نعم أو لا) بوضع علامة في المكان المخصص وفي حال الإجابة بنعم توضيح ذلك في خانة الملاحظات.

No. الرقم	Question السؤال	Yes نعم	No لا	Remarks الملاحظات
1	Do you have any of the following symptoms (High temperature, dry cough, continuous sneezing, shortness of breath, loss of smell or taste, vomiting or diarrhea)? هل تعاني من أحد الأعراض التالية (ارتفاع في درجة الحرارة، سعال جاف، عطاس مستمر، ضيق في التنفس، فقدان حاسة الشم أو التذوق، قيء أو إسهال)؟			
2	Have you contacted a confirmed case of COVID-19? If yes, mention the date? هل تم مخالطة شخص مؤكد إصابته ب COVID-19؟ في حال الإجابة بنعم تحديد التاريخ			
3	Have you contacted a person with COVID-19 symptoms over the last 28 days? هل تم مخالطة شخص لديه أعراض COVID-19 خلال آخر 28 يوم؟			
4	Have you traveled during the last 28 days? If yes, please mention the names of countries? هل قمت بالسفر خلال آخر 28 يوماً؟ في حال الإجابة بنعم، الرجاء تحديد أسماء الدول؟			

I, the undersigned, hereby declare and acknowledge that the above information is correct. Otherwise, I shall bear full responsibility. I undertake to follow all instructions and procedures of the Ministry of Health and Airport Authorities.

أنا الموقع أدناه أقر وأعترف أن المعلومات أعلاه صحيحة وبخلاف ذلك أتحمّل كامل المسائلة القانونية، كما أتعهد بالالتزام بتعليمات وإجراءات وزارة الصحة والسلطات المختصة في المطارات.

Signature/التوقيع:.....