


<p><b>Modelo 82-33-02</b> Międzynarodowa kontrola sanitarna</p>	<p><b>Republika Kuby</b> <i>Republic of Cuba</i> <b>Ministerstwo zdrowia publicznego</b> <i>Ministry of Public Health</i></p>	 <p><b>MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA</b> República de Cuba</p>																								
<p><b>Oświadczenie sanitarne dla podróżnych /Sanitary Statement for Travellers</b></p>																										
<p>Imię i nazwisko/<i>Names and surnames:</i> _____</p>																										
<p><b>Narodowość/</b> <i>Nationality</i></p>	<p><b>Numer lotu #/Linia lotnicza/</b> <i>Flight # / Airline</i></p>	<p><b>Data przylotu/</b> <i>Arrival date</i></p>																								
<p><b>Paszport/</b> <i>Passport:</i></p>	<p><b>Dowód osobisty/</b> <i>Permanet Identity</i></p>																									
<p><b>Państwa odwiedzane w ciągu ostatnich 15 dni/</b> <i>Countries visited in the last 15 days</i></p>																										
<p><b>Powód przyjazdu/</b> <i>Reason for the trip:</i></p> <p><b>Turystyka/</b> <i>Tourism:</i> _____ <b>Wizyta/</b> <i>Visit:</i> _____ <b>Praca/</b> <i>Job</i> _____</p> <p><b>Współpraca/</b> <i>Colaborator</i> _____ <b>Jaka instytucja</b> <i>Organism which?</i> _____</p>																										
<p><b>Adres na Kubie/</b> <i>Address in Cuba:</i> <b>Ulica/</b> <i>Street:</i> _____ <b>Numer</b> _____</p> <p><b>Nr. mieszkania</b> _____ <b>Między ulicami/</b> <i>Between streets:</i> _____ <b>i/and</b></p> <p>_____ <b>Dzielnica/</b> <i>Division</i> _____ <b>Miejscowość/</b> <i>Location:</i> _____</p> <p><b>Hotel/</b> <i>Hotel:</i> _____</p>																										
<p><b>Gmina/</b> <i>Municipality :</i> _____ <b>Prowincja/</b> <i>Province</i> _____</p>																										
<p><b>Numer telefonu/</b> <i>Phone or mobile:</i> _____</p>																										
<p><b>Czy w ciągu ostatnich 15 dni wystąpiły poniższe objawy? /</b> <i>He has presented in the last 15 days:</i></p> <table border="0"> <tr> <td>Gorączka/<i>fever:</i></td> <td>TAK ___ NIE ___</td> <td>Kaszel/ <i>Cough:</i></td> <td>TAK ___ NIE ___</td> </tr> <tr> <td>Wysypka/<i>Rasch:</i></td> <td>TAK ___ NIE ___</td> <td>Biegunka/<i>Diarrhea:</i></td> <td>TAK ___ NIE ___</td> </tr> <tr> <td>Zapalenie spojówek/<i>Conjunctivitis:</i></td> <td>TAK ___ NIE ___</td> <td>Przeziębienie/ <i>Coryza:</i></td> <td>TAK ___ NIE ___</td> </tr> <tr> <td>Utrata węchu/ <i>Loss of smell:</i></td> <td>TAK ___ NIE ___</td> <td>Duszności/<i>Shortness of reath</i></td> <td>TAK ___ NIE ___</td> </tr> <tr> <td>Katar/ <i>Rhinitis</i></td> <td>TAK ___ NIE ___</td> <td>Utrata smaku/<i>Loss of taste</i></td> <td>TAK ___ NIE ___</td> </tr> <tr> <td>Przewlekłe zmęczenie/<i>Asthenia</i></td> <td>TAK ___ NIE ___</td> <td>Oslabienie/<i>Decay</i></td> <td>TAK ___ NIE ___</td> </tr> </table> <p><b>Czy miałeś/-aś kontakt z osobami z powyższymi objawami? /</b> <i>You have been in contact with someone with these symptoms:</i> <b>Tak</b> ___ <b>Nie</b> ___</p>			Gorączka/ <i>fever:</i>	TAK ___ NIE ___	Kaszel/ <i>Cough:</i>	TAK ___ NIE ___	Wysypka/ <i>Rasch:</i>	TAK ___ NIE ___	Biegunka/ <i>Diarrhea:</i>	TAK ___ NIE ___	Zapalenie spojówek/ <i>Conjunctivitis:</i>	TAK ___ NIE ___	Przeziębienie/ <i>Coryza:</i>	TAK ___ NIE ___	Utrata węchu/ <i>Loss of smell:</i>	TAK ___ NIE ___	Duszności/ <i>Shortness of reath</i>	TAK ___ NIE ___	Katar/ <i>Rhinitis</i>	TAK ___ NIE ___	Utrata smaku/ <i>Loss of taste</i>	TAK ___ NIE ___	Przewlekłe zmęczenie/ <i>Asthenia</i>	TAK ___ NIE ___	Oslabienie/ <i>Decay</i>	TAK ___ NIE ___
Gorączka/ <i>fever:</i>	TAK ___ NIE ___	Kaszel/ <i>Cough:</i>	TAK ___ NIE ___																							
Wysypka/ <i>Rasch:</i>	TAK ___ NIE ___	Biegunka/ <i>Diarrhea:</i>	TAK ___ NIE ___																							
Zapalenie spojówek/ <i>Conjunctivitis:</i>	TAK ___ NIE ___	Przeziębienie/ <i>Coryza:</i>	TAK ___ NIE ___																							
Utrata węchu/ <i>Loss of smell:</i>	TAK ___ NIE ___	Duszności/ <i>Shortness of reath</i>	TAK ___ NIE ___																							
Katar/ <i>Rhinitis</i>	TAK ___ NIE ___	Utrata smaku/ <i>Loss of taste</i>	TAK ___ NIE ___																							
Przewlekłe zmęczenie/ <i>Asthenia</i>	TAK ___ NIE ___	Oslabienie/ <i>Decay</i>	TAK ___ NIE ___																							
<p><b>Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą i jestem świadomy/-a, że podanie nieprawdziwych danych narusza regulacje sanitarne Republiki Kuby. /</b> <i>Certify that the aforementioned responds to the truth and I declare it sworn before the health authorities aware that the violation infringes the sanitary provisions of the Republic of Cuba.</i></p>																										
<p><b>Podpis/</b> <i>Signature:</i> _____</p>																										
<p><b>Podpis przedstawiciela ds. Sanitarnych/</b> <i>Signature of the Sanitary Authority:</i> _____</p>																										