



1. Traveler or crew member identification: *(identyfikacja podróżnego lub załogi lotniczej)*

Name(s) *(imię/na):* _____ Last name(s) *(nazwisko/ka):* _____

Sex: Female Male Date of birth: ____/____/____

płeć kobieta mężczyzna data urodzin DD MM YY

Nationality _____ Passport No. _____

Narodowość Numer paszportu

Permanent Residence Address *(adres stałego zamieszkania)*

Street name and No. *(ulica i numer)* _____

City/Sector/Neighborhood *(miasto)* _____

Province/State/Department *(województwo)* _____ Country *(państwo)* _____

Telephone number *(numer telefonu)* _____

2. Trip information: *(informacje dotyczące podróży)*

Means of transportation: By air By sea By ground

Środki transportu: Drogą powietrzną Drogą morską Drogą lądową

Port of Entry *(port wylotu):* _____

Date of arrival: ____/____/____ Date of departure ____/____/____

Data przylotu DD MM RRRR Data wylotu DD MM RRRR

Transportation Company *(linia lotnicza)* _____

Travel No (Flight/Ship/Car) *(numer lotu)* _____

Country where your trip initiated _____

(Kraj, z którego rozpoczęła się Twoja podróż)

Transit countries where you have been prior to your arrival to Dominican Republic

(Kraje tranzytowe, w których byłeś przed przyjazdem do Dominikany)

Visited countries in the last 30 days

(Odwiedzone kraje w ciągu ostatnich 30 dni)

3. Declaration of Symptoms: *(deklaracja zaobserwowanych symptomów)*

In the last 72 hours, have you presented one or more of the following symptoms?

(Czy w ciągu ostatnich 72 godzin wystąpił jeden lub więcej z następujących objawów?)

Fever Respiratory distress Cough Headache Sore throat

gorączka niewydolność oddechowa kaszel ból głowy ból gardła

Fatigue Shivers Runny nose Muscle pain None

Zmęczenie Dreszcze Katar Ból mięśni Brak

Other symptoms (Specify): *(inne symptomy)* _____

Date when the symptoms started: ____/____/____

Data wystąpienia objawów: DD MM RRRR

4. Traveler's Contact Information: *(informacje kontaktowe)*

Address of where you will be staying in Dominican Republic in the next 30 days:

Adres hotelu, gdzie będziesz przebywać w Dominikanie w ciągu najbliższych 30 dni:

Important Note *(istotna informacja)*

I declare that the information declared in this form is true and accurate, and I accept that my false declaration is considered a violation of the national health regulations.

Oświadczam, że informacje podane w niniejszym formularzu są prawdziwe i dokładne i akceptuję, że moje fałszywe oświadczenie jest uważane za naruszenie krajowych przepisów zdrowotnych.

Traveler's signature *(podpis podróżującego)*

Date ____/____/____

Data DD MM RRRR

