

ZAŁĄCZNIK 13. FORMULARZ LOKALIZACJI PODRÓŻNYCH DLA CELÓW ZDROWOTNYCH

Karta Lokalizacji Podróżnego dla Celów Zdrowotnych: w celu ochrony Państwa zdrowia formularz ten powinien zostać wypełniony w przypadku, gdy władze odpowiedzialne za zdrowie publiczne podejrzewają zaistnienie choroby zakaźnej na pokładzie samolotu. Dostarczone przez Państwa informacje będą pomocne władzom odpowiedzialnym za zdrowie publiczne w przypadku konieczności nawiązania kontaktu w sytuacji, gdy byli Państwo narażeni na kontakt z chorobą zakaźną. **Poniższe informacje będą przetwarzane jedynie przez służby odpowiedzialne za zdrowie publiczne w zgodzie z odpowiednimi aktami prawnymi i będą używane jedynie dla celów ochrony zdrowia publicznego.**
Dziękujemy za pomoc w ochronie Państwa zdrowia.

Formularz powinien zostać wypełniony przez jednego pełnoletniego członka każdej rodziny. Należy wypełniać dużymi, drukowanymi literami. W celu zaznaczenia odstępu pomiędzy wyrazami należy pozostawić puste pole.

INFORMACJE DOTYCZĄCE LOTU: 1. Nazwa przewoźnika 2. Numer lotu 3. Numer miejsca 4. Data przylotu (rrrr-mm-dd)

DANE OSOBOWE: 5. Nazwisko 6. Imię 7. Drugie imię 8. Płeć
M K

NUMER (NUMERY) TELEFONU KONTAKTOWEGO, pod którym można Panią/Pana zastać w razie potrzeby. Należy uwzględnić numer kierunkowy kraju i miasta.

9. Telefon komórkowy 10. Telefon służbowy
11. Telefon stacjonarny 12. Inny telefon
13. Adres e-mail

ADRES STAŁEGO ZAMIESZKANIA: 14. Nazwa ulicy i numer domu (Należy oddzielić numer i nazwę za pomocą pustego pola) 15. Numer lokalu

16. Miasto 17. Województwo

18. Kraj 19. Kod pocztowy

TYMCZASOWY ADRES ZAMIESZKANIA: Jeśli zamierza Pani/Pan podróżować, należy podać tylko pierwsze miejsce pobytu.

20. Nazwa hotelu (jeśli dotyczy) 21. Nazwa ulicy i numer domu (Należy oddzielić numer i nazwę za pomocą pustego pola) 22. Numer lokalu

23. Miasto 24. Województwo

25. Kraj 26. Kod pocztowy

DANE KONTAKTOWE do osoby, która będzie w stanie skontaktować się z Panią / Panem w ciągu najbliższych 30 dni w przypadku nagłej sytuacji

27. Nazwisko 28. Imię 29. Miasto

30. Kraj 31. Adres e-mail

32. Telefon komórkowy 33. Inny numer telefonu

34. WSPÓLTOWARZYSZE PODRÓŻY – CZŁONKOWIE RODZINY: Należy uwzględnić wiek tylko osób poniżej 18 roku życia

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

35. WSPÓLTOWARZYSZE PODRÓŻY – OSOBY NIESPOKREWNIONE: Należy również uwzględnić nazwę grupy (jeśli dotyczy)

	Nazwisko	Imię	Grupa (turystyczna, sportowa, biznesowa, inna)
(1)			
(2)			

Uwaga: Kartę Lokalizacji Podróżnych dla Celów Zdrowotnych można pobrać ze strony internetowej:

<http://www.icao.int/safety/aviation-medicine/Pages/guidelines.aspx> lub <http://www.capsca.org/CAPSCARef.html#EvalForms>

– KONIEC –