Пожалуйста, заполняйте бланк разборчиво ЗАГЛАВНЫМИ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

Please fill in the form legibly with CAPITAL BLOCK LETTERS

**Анкета для прибывающих авиарейсами в Россию для пересечения границы**

|  |
| --- |
| Фамилия: (Last name) |
| Имя:  (First name) |
| Отчество: (Middle name) |

**Application form for those arriving by air in the Russian Federation for border crossing**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата рождения:  (Birth date) | Пол:  (Gender) | □ Муж. (male) □ Жен. (female) |
| ДД/DD ММ/MM ГГГГ/YYYY | |  |

Гражданство:

(Citizenship)

|  |  |
| --- | --- |
| Номер рейса:  (Flight number) | Посадочное место:  (Seat number) |

Страна вылета (Departure Country):

|  |
| --- |
| Дата пересечения границы:  (Border crossing date) |
| ДД/DD ММ/MM ГГГГ/YYYY |

Паспорт (серия, номер):

(Passport number)

|  |
| --- |
| Дата выдачи:  (Date of issue) |
| ДД/DD ММ/MM ГГГГ/YYYY |

Номер телефона для связи:

(Phone/cellphone number)

|  |
| --- |
| **Адрес регистрации (Registration address):** |
| Страна (Country): |
| Субъект Российской Федерации, если применимо (Region of the Russian Federation, if applicable): |
| Адрес (район, город, улица, дом, квартира и т.п.) Address (district, city, street, house, apartment and etc.): |

|  |
| --- |
| **Адрес фактического проживания в ближайшие 21 день**  **(Address of actual residence for the next 21 days):** |
| Страна (Country): |
| Субъект Российской Федерации (Region of the Russian Federation): |
| Адрес (район, город, улица, дом, квартира и т.п.) Address (district, city, street, house, apartment and etc.): |

Имелся ли у Вас контакт с больным с симптомами инфекционного заболевания (лихорадка; головная боль; боли в спине, мышцах; экзантемные высыпания) в течение последних 3 недель?

Have you been in contact with a person with symptoms of an infectious disease (fever; headache; back pain; muscle pain; exanthem rash) in the last 3 weeks? □Нет (No) □Да (Yes)

Имеются ли у Вас перечисленные выше симптомы

Do you have any of the symptoms listed above? □Нет (No) □Да (Yes)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Планируете ли Вы покинуть территорию России в ближайшие 15 дней? (Do you plan to leave Russia within the next 15 days?) | | | □Нет (No) | | | □Да (Yes) | |
| Планируемая дата отъезда (Departure date): | |  | | | | | |
| ДД/DD ММ/MM ГГГГ/YYYY | | | | | | | |
| Страна, в которую планируете убыть (The country of your next destination): | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Вы сдавали тест на COVID-19 ближайшие 48 часа до прибытия в Российскую Федерацию? Have you been tested for COVID-19 within the last 48 hours, before arrival in the Russian Federation? | | | | □Нет (No) | □Да (Yes) | |
| Наименование медицинской организации, выполнившей тест: (Name of the medical organization that performed the test): | | | | | | |
| Дата выполнения теста: Date of the test: |  | | | | | |
| ДД/DD ММ/MM ГГГГ/YYYY | | | |  | |
| Результат тестирования (Test result): | | |  |  | |
| □ Положительный □ Отрицательный  (Positive) (Negative) | | |  |  | |

Я,

(ФИO\Last name and Fist name)

подтверждаю полноту и достоверность представленных мною данных и даю согласие на обработку персональных данных. Уведомление о выполнении постановления Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18.03.2020 № 7 «Об обеспечении режима изоляции в целях предотвращения распространения COVID-2019» получил. Принимаю на себя ответственность, связанную с предоставлением мной в анкете заведомо ложной информации.

Iconfirm the data I have provided is complete and accurate and agree to the processing of personal data. Notification of the need to ensure isolation regime received (Order of the Chief State Sanitary Physician of the Russian Federation 18.07.2020 № 7). Itake the responsibility associated with deliberate provision of false information in the form.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата (Date): |  | Подпись (Signature): |
| ДД/DD ММ/MM ГГГГ/YYYY | | |

Пожалуйста, заполняйте бланк разборчиво ЗАГЛАВНЫМИ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ

Please fill in the form legibly with CAPITAL BLOCK LETTERS

**Анкета для прибывающих авиарейсами в Россию для пересечения границы**

|  |
| --- |
| Фамилия: (Last name) |
| Имя:  (First name) |
| Отчество: (Middle name) |

**Application form for those arriving by air in the Russian Federation for border crossing**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата рождения:  (Birth date) | Пол:  (Gender) | □ Муж. (male) □ Жен. (female) |
| ДД/DD ММ/MM ГГГГ/YYYY | |  |

Гражданство:

(Citizenship)

|  |  |
| --- | --- |
| Номер рейса:  (Flight number) | Посадочное место:  (Seat number) |

Страна вылета (Departure Country):

|  |
| --- |
| Дата пересечения границы:  (Border crossing date) |
| ДД/DD ММ/MM ГГГГ/YYYY |

Паспорт (серия, номер):

(Passport number)

|  |
| --- |
| Дата выдачи:  (Date of issue) |
| ДД/DD ММ/MM ГГГГ/YYYY |

Номер телефона для связи:

(Phone/cellphone number)

|  |
| --- |
| **Адрес регистрации (Registration address):** |
| Страна (Country): |
| Субъект Российской Федерации, если применимо (Region of the Russian Federation, if applicable): |
| Адрес (район, город, улица, дом, квартира и т.п.) Address (district, city, street, house, apartment and etc.): |

|  |
| --- |
| **Адрес фактического проживания в ближайшие 21 день**  **(Address of actual residence for the next 21 days):** |
| Страна (Country): |
| Субъект Российской Федерации (Region of the Russian Federation): |
| Адрес (район, город, улица, дом, квартира и т.п.) Address (district, city, street, house, apartment and etc.): |

Имелся ли у Вас контакт с больным с симптомами инфекционного заболевания (лихорадка; головная боль; боли в спине, мышцах; экзантемные высыпания) в течение последних 3 недель?

Have you been in contact with a person with symptoms of an infectious disease (fever; headache; back pain; muscle pain; exanthem rash) in the last 3 weeks? □Нет (No) □Да (Yes)

Имеются ли у Вас перечисленные выше симптомы

Do you have any of the symptoms listed above? □Нет (No) □Да (Yes)

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Планируете ли Вы покинуть территорию России в ближайшие 15 дней? (Do you plan to leave Russia within the next 15 days?) | | | □Нет (No) | | | □Да (Yes) | |
| Планируемая дата отъезда (Departure date): | |  | | | | | |
| ДД/DD ММ/MM ГГГГ/YYYY | | | | | | | |
| Страна, в которую планируете убыть (The country of your next destination): | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Вы сдавали тест на COVID-19 ближайшие 48 часа до прибытия в Российскую Федерацию? Have you been tested for COVID-19 within the last 48 hours, before arrival in the Russian Federation? | | | | □Нет (No) | □Да (Yes) | |
| Наименование медицинской организации, выполнившей тест: (Name of the medical organization that performed the test): | | | | | | |
| Дата выполнения теста: Date of the test: |  | | | | | |
| ДД/DD ММ/MM ГГГГ/YYYY | | | |  | |
| Результат тестирования (Test result): | | |  |  | |
| □ Положительный □ Отрицательный  (Positive) (Negative) | | |  |  | |

Я,

(ФИO\Last name and Fist name)

подтверждаю полноту и достоверность представленных мною данных и даю согласие на обработку персональных данных. Уведомление о выполнении постановления Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 18.03.2020 № 7 «Об обеспечении режима изоляции в целях предотвращения распространения COVID-2019» получил. Принимаю на себя ответственность, связанную с предоставлением мной в анкете заведомо ложной информации.

Iconfirm the data I have provided is complete and accurate and agree to the processing of personal data. Notification of the need to ensure isolation regime received (Order of the Chief State Sanitary Physician of the Russian Federation 18.07.2020 № 7). Itake the responsibility associated with deliberate provision of false information in the form.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Дата (Date): |  | Подпись (Signature): |
| ДД/DD ММ/MM ГГГГ/YYYY | | |