Karta Lokalizacji Pasażera: W celu ochrony Twojego zdrowia, pracownicy służby zdrowia poproszą Cię o wypełnienie tego formularza jeśli istnieje podejrzenie wystąpienia choroby zakaźnej na pokładzie samolotu, którym leciałeś/łaś. Podanie poniższych informacji pozwoli pracownikom służby zdrowia na kontakt z Tobą jeśli doszło do narażenia na chorobę zakaźną. Bardzo ważne jest aby wypełnić ten formularz dokładnie i w całości. Twoje dane będą zabezpieczone zgodnie z ustawą o ochronie danych osobowych i użyte jedynie do ochrony zdrowia publicznego. **~Dziękujemy, że pomagasz nam chronić Swoje zdrowie**

Jedna karta powinna być wypełniona przez dorosłego członka rodziny. Drukowanymi literami. Pozostawiaj wolne pola jako przerwy.

INFORMACJE O LOCIE: **1. Nazwa linii lotniczych** | **2. Nr lotu** | **3. Nr siedzenia** | **4. Data przylotu(rrrr/mm/dd)** 2 0

DANE OSOBOWE: **5. Nazwisko** | **6. Imię** | **7. Inicjał drugiego imienia** | **8. Płeć** Męska ☐ Żeńska ☐

NUMER TELEFONU pod jakim można Cię znaleźć, proszę podać kod kraju i miasta

9. Mobilny | **10. Służbowy**

11. Domowy | **12. Inny**

13. Email

ADRES ZAMELDOWANIA: **14. Ulica i numer domu** *(oddziel wolnym polem)* | **15. Numer mieszkania**

16. Miasto | **17. Region**

18. Państwo | **19. Kod pocztowy**

ADRES TYMCZASOWY: Jeśli jesteś przyjezdnym podaj tylko adres pierwszego pobytu

20. Nazwa hotelu(jeśli hotel) | **21. Ulica i numer** *(oddziel wolnym polem)* | **22. Numer mieszkania**

23. Miasto | **24. Region**

25. Kraj | **26. Kod**

OSOBA DO KONTAKTU W WYJĄTKOWEJ SYTUACJI lub ktoś kto może się z Tobą skontaktować w ciągu następnych 30 dni

27. Nazwisko | **28. Imię** | **29. Miasto**

30. Kraj | **31. Email**

32. Numer telefonu komórkowego | **33. Inne numery telefonu**

34. TOWARZYSZE PODRÓŻY – RODZINA: podaj wiek tylko jeśli jest niższy niż 18 lat

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

35. TOWARZYSZE PODRÓŻY: NIE RODZINA nazwa grupy (jeśli dotyczy)

	Nazwisko	Imię	Grupa *(wycieczka, drużyna, firma)*
(1)			