

Vyplnění tištěného formuláře

INFORMACE O LETU

1. Letecká společnost
2. Číslo letu
3. Číslo sedadla

OSOBNÍ INFORMACE

4. Datum přiletu ve formátu RRRR/MM/DD
5. Příjmení
6. Jméno
7. -
8. Pohlaví
9. Mobilní telefon
10. -
11. -
12. -
13. E-mailová adresa

TRVALÁ ADRESA

14. Ulice a číslo popisné
15. -
16. Město
17. -
18. Stát
19. PSČ

MÍSTO POBYTU V DESTINACI

20. Název hotelu
21. -
22. -
23. Město
24. -
25. Stát
26. -
27. Příjmení

KONTAKT V PŘÍPADĚ POTŘEBY

28. Jméno
29. Město
30. Země
31. E-mail
32. Mobilní telefon
33. Jiný telefonní kontakt
34. Spolucestující – Rodina (Příjmení / Jméno / Číslo sedadla / Věk dětí)
35. Spolucestující – Další osoby (Příjmení / Jméno)

ZDRAVOTNÍ DOTAZNÍK

36. Byl/a jste v posledních 14 dnech v kontaktu s osobou, které byl potvrzen covid-19?
37. Měl/a jste vy nebo někdo ze spolucestujících v posledních 14 dnech některý z těchto symptomů - horečka / dýchací obtíže / kašel?
Pokud ano, vyplňte příjmení, jméno a písmenem X označte symptomy.

CESTOVNÍ HISTORIE

38. Navštívil/a jste v posledních 14 dnech nemocnici?
39. Uveďte země, které jste navštívil/a v uplynulých 14 dnech – včetně transitu.
40. Navštívil/a jste v posledních 14 dnech trh se živými zvířaty?
41. Důvod cesty - turismus / práce / návštěva příbuzných / speciální mise / mezinárodní spolupráce
Prohlášení, ve kterém se zavazujete, že v případě symptomů (horečka, kašel nebo dýchací obtíže), zůstanete v izolaci a kontaktujete telefonicky příslušné zdravotnické zařízení.

DATUM A PODPIS

42. Číslo pasu / občanského průkazu

Public Health Passenger Locator Form: To protect your health, public health officers need you to complete this form whenever they suspect a communicable disease onboard a flight. Your information will help public health officers to contact you if you were exposed to a communicable disease. It is important to fill out this form completely and accurately. Your information is intended to be held in accordance with applicable laws and used only for public health purposes. *~Thank you for helping us to protect your health.*

One form should be completed by an adult member of each family. Print in capital (UPPERCASE) letters. Leave blank boxes for spaces.

FLIGHT INFORMATION: 1. Airline name 2. Flight number 3. Seat number 4. Date of arrival (yyyy/mm/dd)

SHARTWINGS 1130 7D 20200715

PERSONAL INFORMATION: 5. Last (Family) Name 6. First (Given) Name 7. Middle Initial 8. Your sex

NOVAK PETR Male Female

PHONE NUMBER(S) where you can be reached if needed. Include country code and city code.

9. Mobile 00420777999999 10. Business
 11. Home 12. Other
 13. Email address NOVAKPETR@SEZNAH.CZ

PERMANENT ADDRESS: 14. Number and street (Separate number and street with blank box) 15. Apartment number

NA DBLOUKU 1659
 16. City PLOUCNICE NAD OHRI 17. State/Province
 18. Country CZECH REPUBLIC 19. ZIP/Postal code 25399

TEMPORARY ADDRESS: If you are a visitor, write only the first place where you will be staying.

20. Hotel name (if any) 21. Number and street (Separate number and street with blank box) 22. Apartment number

EIX LAGOTEL
 23. City MURD 24. State/Province
 25. Country SPAIN BALEARIC 26. ZIP/Postal code

EMERGENCY CONTACT INFORMATION of someone who can reach you during the next 30 days

27. Last (Family) Name 28. First (Given) Name 29. City

NOVAKOVA JANA PRAHA
 30. Country 31. Email
 CZECH REPUBLIC NOVAKOVA@GMAIL.COM
 32. Mobile phone 33. Other phone

34. TRAVEL COMPANIONS – FAMILY: Only include age if younger than 18 years

	Last (Family) Name	First (Given) Name	Seat number	Age <18
(1)	NOVAK	JIRI	7E	12
(2)	NOVAKOVA	MARCELA	7F	09
(3)				
(4)				

35. TRAVEL COMPANIONS – NON-FAMILY: Also include name of group (if any)

	Last (Family) Name	First (Given) Name	Group (tour, team, business, other)
(1)	KRASNA	JUDITA	
(2)			

MANDATORY HEALTH QUESTIONNAIRE TO ENTER SPAIN

REGARDING THE HEALTH EMERGENCY DECLARED BY COVID-19, IT IS MANDATORY TO ANSWER THE FOLLOWING QUESTIONS. If necessary, a medical evaluation will be carried out upon arrival.

36. Have you been in contact with a person confirmed COVID-19 during the last 14 days?

YES NO

37. Have you or a member of your family/travel companion had any of the following symptoms during the past 14 days?. Please, fill the data of the person or persons presenting the above symptoms and mark with "X" the symptom or sign that you present.

YES NO

	Last (Family) Name	First (Given) Name	Fever	Coughing	Breathing difficulties
(1)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(2)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(3)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(4)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. Have you or a member of your family/travel companion visited any hospital in the last 14 days?

YES NO

TRAVEL HISTORY

39. Please indicate all countries/regions that you have been in including transit and stopover, in the last 14 days prior to your arrival

(1)	
(2)	
(3)	
(4)	

40. Have you visited live animal markets, in the last 14 days?

YES NO

41. Purpose for travel. Please, choose one.

Tourism Work Visit to relatives Special mission International Cooperation

I give my commitment that if during the 14 days after entry to Spain I present symptoms of acute respiratory infection (fever, cough or respiratory difficulty), I will isolate myself at home/place of residence, self-monitoring coronavirus symptoms, and I will contact the competent health authorities by telephone.

I agree to comply with those indications and measures indicated to me by the health authorities.

And for the record.

I sign this with date: 15.7.2020

Sgd

Novak

42. Passport Number/ID Number

987654000

Your personal data will be processed in accordance with Regulation (EU) 2016/679 of the European Parliament and of the Council of 27 April 2016 on the protection of natural persons with regard to the processing of their personal data and the free movement of such data and Organic Law 3/2018, of 5 December, Protection of Personal Data and Guarantee of Digital Rights and other related regulations.