**ФОРМА ДЕКЛАРАЦИИ О СОСТОЯНИИ ЗДОРОВЬЯ**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ФИО\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Судно\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | |
| **1.** | **Есть ли у Вас какие-либо из следующих симптомов (похожих на грипп)?** | **ДА** | **НЕТ** |
|  | Повышенная температура | **Да** | **Нет** |
|  | Кашель | **Да** | **Нет** |
|  | Одышка | **Да** | **Нет** |
|  | Боли в горле | **Да** | **Нет** |
|  | Заложенность носа | **Да** | **Нет** |
|  | Выделения из носа | **Да** | **Нет** |
|  | Боли в мышцах и суставах | **Да** | **Нет** |
|  | Боль в груди | **Да** | **Нет** |
|  | Диарея | **Да** | **Нет** |
|  | Утомляемость | **Да** | **Нет** |
|  | Иные симптомы (перечислите): | | |
|  |  |  |  |
| **2.** | **Перечислите страны, в которых Вы были за последние 14 дней** | **С** | **ПО** |
|  | 1. |  |  |
|  | 2. |  |  |
|  | 3. |  |  |
|  |  |  |  |
| **3.** | **Вы были в тесном контакте с любым человеком, страдающим от COVID-19 за последние 14 дней?** | **Да** | **Нет** |
|  |  |  |  |
| **4.** | **Были ли Вы когда-либо приняты или посещали больницу в прошедший месяц?** | **Да** | **Нет** |
|  | Если да, укажите причины: | | |
|  |  |  |  |
| **5.** | **Заявление:** **настоящим подтверждаю, что предоставленная мной информация является достоверной и правильной** | | |
| Дата:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ /\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/  **подпись И.О. Фамилия** | | | |