



الجمهورية اليمنية
وزارة الصحة العامة والسكان

تعهد

WRITE IN CAPITAL LETTERS, USING BLUE OR BLACK INK ONLY

يعبأ هذا القسم بالأحرف الإنجليزية الكبيرة بقلم أزرق أو أسود

| | | |
|------------------|----------------------|--------------|
| FIRST NAME | <input type="text"/> | الاسم الأول |
| LAST NAME | <input type="text"/> | الاسم الأخير |
| PASSPORT NUMBER | <input type="text"/> | رقم الجواز |
| NATIONALITY | <input type="text"/> | الجنسية |
| FLIGHT NUMBER | <input type="text"/> | رقم الرحلة |
| SEAT NUMBER | <input type="text"/> | رقم المقعد |
| MOBILE NUMBER | <input type="text"/> | رقم الجوال |
| ADDRESS IN YEMEN | <input type="text"/> | العنوان |
| EMAIL | <input type="text"/> | الايمل |

By signing below, I certify that:

- all information provided is complete and to my best knowledge, and I take full responsibility if any information is proven incorrect.
- I have no respiratory infection, no fever over 38° C, nor any of the symptoms of COVID-19.
- I adhere to the mandatory home quarantine for 7 days.

Signature :

.....

أقر أنا الموقع أدناه بما يلي:

- صحة واكتمال المعلومات الواردة في النموذج، وأتعهد بتحمل المسؤولية الكاملة في حال عدم صحتها.
- لا أعاني من التهاب تنفسي ولا ارتفاع في درجة الحرارة فوق 38 درجة أو أي من أعراض كوفيد-19.
- التزم بفترة الحجر المنزلي الإلزامي لمدة 7 أيام.

التوقيع :

.....