

شماره: ۱۱۷۰ / م ب

تاریخ: ۱۳۹۹/۰۴/۳۰

رؤسای محترم شعب "هما" و مدیران محترم دفاتر خدمات مسافرت هوایی
موضوع: مقررات ورود اتباع کشورهای افغانستان، پاکستان، عراق و هندوستان به ایران

احتراماً پیرو نامه های شماره ۱۷۱۷۸ مورخ ۹۹/۰۴/۱۸ و ۱۷۳۹۶ مورخ ۹۹/۰۴/۲۱ هواپیمایی کشوری در خصوص مصوبه ستاد ملی مبارزه با کرونا درباره ورود اتباع کشورهای افغانستان، پاکستان، عراق و هند (اعم از مقیم و غیر مقیم) و چگونگی ورود اتباع این کشورها بر اساس ضوابط ذیل مقرر گردیده است:

۱. کلیه کسانی که قبلاً از مراجع ذی ربط جمهوری اسلامی ایران پروانه اقامت، روادید تحصیلی، روادید ورود چندبار، روادید با حق کار، روادید درمانی، روادید سرمایه گذاری و مهر خروج و مراجعت دریافت نموده اند، مجاز خواهند بود از تاریخ ۹۹/۰۴/۰۱ از مبادی مرزی قانونی (مرزهای زمینی، هوایی و دریایی) به کشور سفر نمایند. افراد مذکور می بایست در کشور مبدأ فرم خود اظهاری پیوست را تهیه، تکمیل و در هنگام ورود به کشور به نمایندگان وزارت بهداشت مستقر در گمرک تحویل نمایند.
۲. اتباع خارجی قبل از ورود به ایران باید گواهی سلامت خود را به تأیید وزارت بهداشت کشور خود برسانند و سپس برای صدور روادید به نمایندگی های سیاسی و کنسولی جمهوری اسلامی ایران تحویل دهند. گواهی مذکور باید به هنگام ورود به نمایندگان وزارت بهداشت ارائه شود.
۳. صدور سایر روادید از جمله روادید گردشگری و زیارتی کماکان ممنوع خواهد بود.
۴. دارندگان گذرنامه سیاسی، خدمت و هیات های رسمی نیز طبق ضوابط ملزم به رعایت پروتکل های بهداشتی و تکمیل فرم خوداظهاری و داشتن گواهی سلامت مبنی بر عدم ابتلاء به بیماری کرونا می باشند.
۵. بر اساس بند "و" ماده ۲ قانون ورود و اقامت اتباع خارجی و به منظور حفظ سلامت عمومی کشور، رعایت پروتکل های بهداشتی و اخذ گواهی سلامت که به تأیید وزارت بهداشت محل رسیده و تکمیل فرم خوداظهاری لازم الاجراست و عدم رعایت آن تخلف از قانون تلقی خواهد شد. پلیس مهاجرت و گذرنامه و مأموران مرزبانی ضمن پایش روادید صادره از سوی نمایندگی ها و بررسی رعایت ضوابط فوق موظف شده اند از ورود اتباع خارجی فاقد گواهی سلامت ممانعت به عمل آورند و هر گونه تخلف از این مصوبات را به مراجع نظارتی وزارت متبوع خود گزارش نمایند.

غلامرضا مشاک زاده
مدیر کل فروش مسافر



فرم خوداظهاری بیماری کرونا ویروس جدید (COVID-19)



مسافر گرامی، ارائه اطلاعات زیر طبق قوانین دولت جمهوری اسلامی ایران و بمنظور حفظ سلامت عمومی ضروری بوده و بعنوان بخشی از اقدامات بهداشت عمومی در پاسخ به همه گیری جهانی کرونا ویروس جدید و منحصر توسط وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، مورد استفاده قرار خواهد گرفت.

* تکمیل و تحویل این فرم قبل از ورود به کشور الزامیست. / ضمناً فیلد شماره تماس حتماً تکمیل گردد.

۱- اطلاعات شخصی:

نام و نام خانوادگی:	۲- جنسیت (زن/مرد):	۳- تاریخ تولد:	۴- ملیت:	۵- کد ملی:	۶- شماره گذرنامه:
۷- تاریخ پرواز:	۹- شماره صدلی شما در هواپیما:	۱۰- محل اقامت (در ایران):		۱۱- شماره تلفن در ایران:	۱۲- محل اقامت دائم:
۸- شماره پرواز:				میزل:	
				موبایل:	

۲- لطفاً به سوالات ذیل نیز پاسخ دهید:

در ۱۴ روز گذشته سابقه سفر به کدام کشورها را داشته اید؟ ذکر نمائید.

آیا سابقه بیماری زمینه ای (دیابت، فشار خون، بیماری قلبی و عروقی، بیماری تنفسی و ...) دارید؟ در صورت پاسخ مثبت نام ببرید. خیر بلی

در حال حاضر کدامیک از نشانه های زیر را دارید؟

<input type="checkbox"/> تب	<input type="checkbox"/> سرفه	<input type="checkbox"/> احساس تنگی نفس	<input type="checkbox"/> سردرد	<input type="checkbox"/> گلودرد	<input type="checkbox"/> بدن درد	<input type="checkbox"/> لرز	<input type="checkbox"/> اسهال	<input type="checkbox"/> استفراغ
حالت تهوع	آبریزش بینی	از دست دادن حس چشایی	از دست دادن حس بویایی					

آیا تاکنون از بیمار مبتلا به کرونا ویروس جدید مراقب کرده اید؟ خیر بلی

یا با او در یک مکان زندگی کرده اید؟ خیر بلی

آیا تاکنون به بیماری کرونا ویروس جدید مبتلا شده اید؟ خیر بلی

آیا در بیمارستانی که مواردی از کرونا ویروس در آن تحت درمان بوده، به عیادت بیمار رفته یا کار کرده اید؟ خیر بلی

آیا کسی از اعضای خانواده شما از نظر ابتلا به کرونا ویروس مشکوک (یا محتمل) میباشد؟ خیر بلی

در صورت پاسخ بلی، اقداماتی که برایتان انجام شده چه بوده؟ بستری در بیمارستان درمان و اقامت در منزل

۳- اینجانب صحت اطلاعات مندرج در پرسشنامه فوق را تأیید مینمایم.

امضاء



ISLAMIC REPUBLIC OF IRAN
Ministry of Health and
Medical Education

COVID-19 Self Declaration Form

Dear Passenger, the following information is necessary in accordance with the laws of the Government of Islamic Republic of Iran as a part of public health measures in response to the COVID-19 pandemic, and will be used just by ministry of health of I.R.Iran



*Completion and delivery of this form is required before entering the country /Also, the contact number field must be completed.

1-Personal information:

1-Name of the passenger:	2-Gender(F/M):	3-Date of Birth:	4-Nationality:	5-Passport No. :	6-Date of arrival:
7- Flight No. :	8-Seat No. :	9-Current residency address in Iran:			
10-Your contact information in I.R. IRAN		11-Permanent residency:			
Tel(Home):		Cell(Mobile):			

2-Answer the following questions?

Which countries have you traveled to, during the last 14 days?

Do you have any history of underlying disease? Such as Diabetes Blood pressure Cardiovascular disease Respiratory disease Others

Which of the following symptoms do you have now?

Fever Cough Dyspnea Headache Sore Throat Body pain Nausea Vomiting Diarrhea Runny nose Loss of the sense of taste Loss of the sense of smell

Have you ever cared for a patient with new corona virus ?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Have you had a face-to-face contact with a case of new Corona virus ?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Do you have lived with a covid-19 patient in the same place?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Have you visited or worked in a hospital where cases of Corona virus are being treated?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Have you ever had a new Corona virus ?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	Has your family member been a suspect or probable case of new Corona virus?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

If yes, what was the action taken for you? Hospitalization Home care

3- Hereby, I (name), confirm the accuracy of the information in the above questionnaire.

Signature



تعهدنامه مسافر

نام و نام خانوادگی:

نام پدر:

تاریخ تولد:

کد ملی:

شماره گذرنامه:

نشانی محل سکونت در ایران:

شماره تماس در ایران (تلفن ثابت و همراه):

آدرس پست الکترونیک:

اینجانب شرایط قرنطینه ورود به کشور جمهوری اسلامی ایران را پذیرفته و متعهد می گردم:

۱. در بدو ورود به کشور، برای انجام تست کووید-۱۹ که توسط پایگاه بهداشت مرزی انجام می گردد، همکاری نموده و هیچگونه مانعتی به عمل نخواهم آورد.

۲. از زمان ورود به کشور، مستقیماً به محل اسکان شخصی مراجعه نموده و تا تعیین جواب آزمایش و در صورت مثبت بودن تست کووید-۱۹، به مدت ۱۴ روز در قرنطینه خانگی بمانم.

۳. در خصوص پیگیری های آتی خود و اطرافیان ام، حداکثر همکاری را با نمایندگان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی داشته باشم.

۴. شرایط قرنطینه که در پورتال وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی ایران به نشانی www.corona.behdasht.gov.ir درج شده را به طور کامل مطالعه نموده ام.

تاریخ تکمیل فرم:

امضاء مسافر:

Passengers' Commitment

Name:

Surname:

Date of birth:

National ID No:

Passport No:

Residence address in Iran:

Phone number in Iran:

E-Mail address:

I accept the following laid down by the IR of Iran for containment of the coronavirus disease (covid-19):

1. Upon my arrival at airports in Iran, I will cooperate with airport public health authorities and they are allowed to have me tested for coronavirus infection.
2. I promise to go directly to my personal residence in Iran, since entering the country and, if I test positive for COVID-19, I will self-isolate there for 14 days.
3. I will do my best to cooperate with officials of ministry of health of I.R.Iran in the next follow-ups.
4. I have read the home isolation guidelines on the following website: www.corona.behdasht.gov.ir .

Completion date:

Signature: