

إقرار وتعهد بالالتزام بإجراءات الحجر الصحي

أنا الموقع أدناه أتعهد بأنه تم إبلاغي بالإجراءات الصحية والنصائح الطبية الواجب اتباعها، وأنتني أدرك المخاطر التي من الممكن أن تلحق بالمجتمع في حال عدم التزامي، لذا حرصاً على الصحة العامة وتجنب المساءلة القانونية أتعهد بعدم مغادرة الحجر الصحي مع مراعاة تجنب مخالطة الآخرين قدر الإمكان حتى نهاية الإجراءات الصحية المطلوبة وفترة الحجر الصحي لمدة ١٤ يومًا اعتباراً من التاريخ المحدد من قبل الجهة الصحية وذلك إقراراً مني بأنه تم إخطاري بما ذكر أعلاه و تجنباً للمساءلة القانونية في حال عدم التزامي بإجراءات الحجر الصحي.

الاسم :	رقم الجواز/ الهوية الوطنية:
رقم الهاتف المتحرك :	رقم الهاتف الثابت:
رقم أحد الأقارب أو الكفيل:	البريد الإلكتروني:
التوقيع:	التاريخ: / /

Undertaking to implement and adhere to the quarantine procedure

I undertake / declare that I was notified about the health procedures and the medical advices that I should follow, and that I am aware of the risks that could happen to the community in case I am not committed to those procedures, for the sake of public health and to avoid the legal accountability I hereby declare that I will not leave the quarantine and I will not get in contact with others until the required health measures are met. The duration of the quarantine is 14 days starting from the date identified by health authority

This is my acknowledgment that I have been notified of the above mentioned. and that failure to adhere to the procedure will subject me to legal action.

Name:	Passport / ID No:
Mobile number:	Home number:
Number of friend/sponsor/next of kin:	
Email address:	Signature:
Date: / /	