

Анкета для прибывающих авиарейсами в РФ для пересечения границы

Please fill in the form with readable handwriting in CAPITAL LETTERS

Application form for those who are on flights to the Russian Federation for border crossing

Фамилия: (Last name) \_\_\_\_\_

Имя: (First name) \_\_\_\_\_

Отчество: (Middle name) \_\_\_\_\_

Дата рождения: (Birth date) \_\_\_\_\_ Пол: (Gender)  Муж. (male)  Жен. (female)

Гражданство: (Citizenship) \_\_\_\_\_

Номер рейса: (Flight number) \_\_\_\_\_ Посадочное место: (Seat) \_\_\_\_\_

Страна вылета (Country of Departure): \_\_\_\_\_

Дата пересечения границы: (Board crossing date) \_\_\_\_\_

Паспорт (серия, номер): (Passport number) \_\_\_\_\_

Дата выдачи: (Date of issue) \_\_\_\_\_

Номер телефона для связи: (Phone/cellphone number) \_\_\_\_\_

Адрес регистрации (Registration address): \_\_\_\_\_

Страна (Country): \_\_\_\_\_

Субъект РФ (The subject of the Russian Federation): \_\_\_\_\_

Адрес (район, город, улица, дом, квартира и т.п.) Address (district, city, street, house, apartment and etc.): \_\_\_\_\_

Адрес фактического проживания ближайшине 14 дней  
(Temporary residence address in following 14 days):

Страна (Country): \_\_\_\_\_

Субъект РФ (The subject of the Russian Federation): \_\_\_\_\_

Адрес (район, город, улица, дом, квартира и т.п.) Address (district, city, street, house, apartment and etc.): \_\_\_\_\_

Сведения о вакцинации против COVID-19 или перенесенном заболевании COVID-19/Information about vaccination against COVID-19 or previous illness COVID-19

Сведения о вакцинации /Information on vaccination	Сведения о перенесенном заболевании в течении последних 6 месяцев/ Information about the transferred disease
Имеется/ не имеется there is/ not there is	
Месяц/ month _____ год/ year _____	Месяц/ month _____ год/ year _____

Вы сдавали тест на COVID-19 ближайшине 72 часа до прибытия в РФ?

Did you take the COVID-19 test for the last 72 hours before arriving in the Russian Federation?

Нет (No)  Да (Yes)

Наименование медицинской организации, выполнившей тест:

Name of the medical organization that performed the test

Дата выполнения теста / Test execution date: \_\_\_\_\_

ДД/ДД ММ/ММ ГГГГ/УУУУ

Результат тестирования/ Test result:

Положительный  Отрицательный

Positive Negative

Я, \_\_\_\_\_ (ФИО/First name and Second name) подтверждаю точность и достоверность представленных мною данных и даю согласие на обработку персональных данных. Уведомление о необходимости проведения обследования и обеспечения режима изоляции получено. Принимаю на себя ответственность, связанную с предоставлением мной в качестве заявителя ложной информации. Предоставление недостоверных сведений влечет применение мер административного воздействия в порядке судебного производства по ст. 19.7 КоАП РФ в виде административного штрафа / I confirm the completeness and accuracy of the data I have provided and I agree to the processing of personal data. Received a notification on the need to conduct an examination and ensure isolation. I accept the responsibility associated with the provision of deliberately false information in the questionnaire. The provision of inaccurate information entails the use of administrative measures in court proceedings under Art. 19.7 of the Administrative Act of the Russian Federation in the form of an administrative fine.

Дата (Date): \_\_\_\_\_ Подпись (Signature): \_\_\_\_\_

ДД/ДД ММ/ММ ГГГГ/УУУУ