

## सेल्फ डिक्लेरेशन फार्म

(आगमन पर एयरपोर्ट में जमा करें)

नाम	
आगमन की तिथि	
कहां से आगमन	
स्थानीय पता	
मोबाइल नंबर	

मैं घोषणा करता हूं कि:

1. मैं पिछले दो माह में कोविड-19 पाजीटिव नहीं हुआ हूं ।
2. मुझे बुखार/खांसी/सांस से संबंधी कोई परेशानी नहीं है।
3. यदि मुझमें क्रम संख्या 2 में दिए गए रोग के कोई भी लक्षण होते हैं तो मैं बिना किसी विलंब के स्थानीय स्वास्थ्य अधिकारियों से संपर्क करूंगा ।
4. अपेक्षित होने पर मुझे संपर्क करने के लिए मैं अपना मोबाइल नंबर/संपर्क ब्यौरा स्थानीय अधिकारियों को उपलब्ध कराऊंगा।
5. मैं वचन देता हूं कि मैं घर में क्वारंटीन के लिए स्वास्थ्य प्राधिकारियों द्वारा निर्धारित स्वास्थ्य प्रोटोकॉल में किसी भी प्रकार का परिवर्तन किए बिना उसका कड़ाई से अनुपालन करूंगा।
6. मैं जानता हूं कि गलत जानकारी देने से मैं दंड का अधिकारी होऊंगा।

हस्ताक्षर

स्थान:

दिनांक: