



جمهورية العراق  
وزارة الصحة / البيئة  
دائرة صحة البصرة  
قسم الأمور الفنية  
المركز الصحي في مطار البصرة الدولي

|                      |  |                          |
|----------------------|--|--------------------------|
| FULL NAME            |  | الاسم الثلاثي            |
| AGE                  |  | العمر                    |
| SEX                  |  | الجنس                    |
| PHONE NO. IN IRAQ    |  | رقم الهاتف في العراق     |
| FULL ADDRESS IN IRAQ |  | العنوان الكامل في العراق |
| PASSPORT NO.         |  | رقم الجواز               |
| NATIONALITY          |  | الجنسية                  |

ملاحظة / يرجى أرفاق نسخة من فحص PCR (المسحة) مع هذه الاستمارة ( فحص فايروس كوفيد- 19 ).

NOTE \ PCR TEST SHOULD BE ATTACHED ( COVID-19 TEST ).

أتعهد بالالتزام بالتوجيهات والإرشادات الصحية الخاصة بالمحجورين في المنزل في ما يتعلق بفايروس كورونا المستجد والتي تم تبليغي بها من قبل دائرة الصحة وأتحمل كافة التبعات القانونية في حال عدم التزامي بتلك الإجراءات وذلك استنادا إلى ما جاء بنص المادة (368) من قانون العقوبات العراقي المرقم (111) لسنة 1969 والتي نصت على (يعاقب بالحبس مدة لا تزيد على ثلاث سنوات كل من ارتكب عمدا فعلا من شأنه نشر مرض خطير مضر بحياة الأفراد فإذا نشأ عن الفعل موت إنسان أو إصابته بعاهة مستديمة عوقب الفاعل بالعقوبة المقررة لجريمة الضرب المفضي إلى الموت أو جريمة العاهة المستديمة حسب الأحوال) ولأجله وقعت وأنا بكامل قواي العقلية وبدون أن تمارس علي أي ضغوط.

التوقيع  
SIGNATURE

الاسم  
NAME