

إقرار وتعهد بالالتزام بإجراءات الحجر الصحي المنزلي

أتعهد أنا / الاسم: الرقم الشخصي:
الجنسية: يبدأ الحجر الصحي من تاريخ: الساعة:
الى تاريخ: الساعة:

بالالتزام بالأوامر واللوائح الصادرة من وزارة الصحة العامة لمدة الحجر الصحي المنزلي أعلاه. وفق الاجراءات المتبعة من السلطات المختصة وذلك وفقا لمرسوم بقانون رقم ١٧ لسنة ١٩٩٠ بشأن الوقاية من الأمراض المعدية. التعهدات:

١. أتعهد بالبقاء في المنزل والالتزام بتخصيص غرفة وحمام خاص ومنفصل عن الاخرين. واتعهد بعدم مخالطة باقي أفراد الأسرة أو استقبال الضيوف او الذهاب لاي تجمعات اجتماعية او اماكن عامة اطلاقا طوال مدة الحجر ولأي سببا كان.
 ٢. اتعهد كذلك بالاكل منفردا مع نظافة ادوات الاكل الحمام بنفسي بشكل منفصل
 ٣. أتعهد بالالتزام بنظافة اليد وارتداء الكمامة الجراحية عند مخالطة الغير.
 ٤. وأقر بموافقتي على استقبال الاتصالات الهاتفية و الزيارات المفاجئة بواسطة السلطات الصحية للكشف عن الأعراض ومدى التقييد بمعايير العزل المنزلي وأتعهد بالسماح للطاقم الطبي بزيارتي في المنزل لإجراء الكشف الطبي وقياس العلامات الحيوية. ،
 ٥. كما اتعهد بالإبلاغ الفوري عند الشعور بأعراض الحمى أو السعال أو ضيق التنفس في خلال الأسبوعين القادمين لإدارة حماية الصحة ومكافحة الأمراض الانتقالية بوزارة الصحة العامة على رقم الخط الساخن: ١٦٠٠٠. وذلك للحد من انتشار الامراض الانتقالية في دولة قطر وتقديم المصلحة العامة لحماية المجتمع من الأمراض أو الأوبئة خاصة وأنتي قادم من دولة انتشر فيها حالات مرض كورونا المستجد.
- ملاحظة هامة:** انا على علم بأن هذه الإجراءات واجبة التطبيق وذلك حماية لي ولغيري وأنه في حال عدم التزامي بتلك الاجراءات وفقا لمواد القانون المذكور سأعرض نفسي للعقوبات والمسائلة القانونية وهذا إقرار مني بالالتزام، كما أقر بأن المعلومات التي اعطيها صحيحة.

وهذا أقرار مني بذلك،،،

الاسم: Name:

رقم الهاتف الارضي: Landline number: رقم الهاتف الجوال: Mobile number:

بيانات عنواني: رقم المنطقة My address data: Area number.....

رقم الشارع رقم المبنى Building number Street number

التوقيع: التاريخ: Date: Signature:

اسم الموظف المسؤول التوقيع:
Name of the responsible employee Signature: