

Пожалуйста, заполните бланк разборчиво ЗАГЛАВНЫМИ ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ  
Please fill out the form legibly

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) \_\_\_\_\_

ДД/ММ/ММММ/ТТТТ/УУУУ

Паспорт (серия, номер):

(Passport number) \_\_\_\_\_

Дата выдачи:

(Date of issue) \_\_\_\_\_

ДД/ММ/ММММ/ТТТТ/УУУУ

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 ближайшие 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.): \_\_\_\_\_

Планируете ли покинуть территорию РФ в ближайшие 15 дней?

(Do you plan to leave Russia within 15 days?)

Нет (No)

Да (Yes)

Планируемая дата отъезда (Departure date): \_\_\_\_\_  
ДД DD MM/MM ГГГГ/YYYY

Страна, в которую планируете уехать (The country you plan to go to):  
\_\_\_\_\_

Вы сдавали тест на COVID-19 ближайшие 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 DD MM/MM ГГГГ/YYYY

Результат тестирования:

Test result:

Положительный  отрицательный

Positive

Negative

Я, \_\_\_\_\_  
(ФИО/First name and Second name) подтверждаю полноту 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 анкете заведомо ложной информации. / 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.

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

ДД DD MM/MM ГГГГ/YYYY