



إقرار

أقر أنا الموقع أدناه/ بموجب جواز سفر رقم
..... وتاريخ بأنني غير مصاب
بمرض (Monkey Pox) جدري القروود ولم تظهر على أعراض الإصابة به ولم
أختلط بشخص مصاب بهذا المرض خلال 21 يوماً الماضية.

الاسم: _____

التوقيع: _____

اسم المركز الصحي: _____

التاريخ: _____