



وزارت بهداشت



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

### تعهدنامه مسافر

نام و نام خانوادگی:

نام پدر:

تاریخ تولد:

کد ملی:

شماره گذرنامه:

نشانی محل سکونت در ایران:

شماره تماس در ایران (تلفن ثابت و همراه):

آدرس پست الکترونیک:

اینجانب شرایط فرقیته ورود به کشور جمهوری اسلامی ایران را پذیرفته و متعهد می گردم:

۱. در بدو ورود به کشور، برای انجام تست کووید-۱۹ که توسط پایگاه بهداشت مرزی انجام می گردد، همکاری نموده و هیچگونه ممانعتی به عمل نخواهم آورد.

۲. از زمان ورود به کشور، مستقیماً به محل اسکان شخصی مراجعه نموده و تا تعیین جواب آزمایش و در صورت مثبت بودن تست کووید-۱۹، به مدت ۱۴ روز در قرنطینه خانگی بمانم.

۳. در خصوص پیگیری های آتی خود و اطرافیان ام، حداکثر همکاری را با نمایندگان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی داشته باشم.

۴. شرایط فرقیته که در پورتال وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی جمهوری اسلامی ایران به نشانی [www.corona.behdasht.gov.ir](http://www.corona.behdasht.gov.ir) درج شده را به طور کامل مطالعه نموده ام.

تاریخ تکمیل فرم:

امضاء مسافر:

### Passengers' Commitment

Name:

Surname:

Date of birth:

National ID No:

Passport No:

Residence address in Iran:

Phone number in Iran:

E-Mail address:

I accept the following laid down by the IR of Iran for containment of the coronavirus disease (covid-19):

1. Upon my arrival at airports in Iran, I will cooperate with airport public health authorities and they are allowed to have me tested for coronavirus infection.

2. I promise to go directly to my personal residence in Iran, since entering the country and, if I test positive for COVID-19, I will self-isolate there for 14 days.

3. I will do my best to cooperate with officials of ministry of health of I.R.Iran in the next follow-ups.

4. I have read the home isolation guidelines on the following website: [www.corona.behdasht.gov.ir](http://www.corona.behdasht.gov.ir).

Completion date:

Signature: