|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Coronavirus Screening**  **PDO Self-Declaration Form** | | **فيروس كورونا**  **الإفصاح الذاتي للدخول** |
| Dear visitor,  Kindly fill in your details and answer the questions below: | | عزيزي الزائر،  يرجى منك تعبئة بياناتك والإجابة عن الأسئلة الآتية: |
| Name الاسم | |  | |
| Nationality الجنسية | |  | |
| Gender الجنس | |  | |
| Mobile number رقم الهاتف المحمول | |  | |
| Contact of person you are visiting in PDOبيانات اتصال الشخص الذي ستزوره في الشركة | |  | |
| Offices/Buildings to visit in PDO المباني التي ستزورها في الشركة | |  | |

**Please answer the following questions:**

**يرجى الإجابة عن الأسئلة الآتية:**

|  |
| --- |
| 1. In the past 14 days, have you visited or transited through any of the following countries: If yes, please select the applicable country from the list below:   1. في آخر 14 يوماً، هل زرت أو مررت بأي من الدول الآتية: إن كانت إجابتك بنعم، يرجى اختيار تلك الدولة أدناه   * + China الصين   + Egypt مصر   + Iran إيران   + Italy إيطاليا   + South Korea كوريا الجنوبية   Others? Please specify \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  غيرها؟ يرجي التحديد |
| 1. Have you come in contact with suspected or confirmed cases of Novel Coronavirus (COVID 19)?   2. هل سبق أن تواصلت مع أحد الحالات المشتبهة أو المصابة بفيروس كورونا المستجد (كوفيد 19)   * Yes نعم * No لا |
| 1. Are you presently suffering from any of the symptoms listed below?   3. هل تعاني حالياً من أي من الأعراض المذكورة أدناه؟   * Fever with acute onset حمى شديدة Yes نعم / No لا * Cough with acute onset السعال الحاد Yes نعم / No لا * Shortness of breathing ضيق التنفس Yesنعم / No لا |