

रोहित कुमार सिंह
आई.ए.एस.



अतिरिक्त मुख्य सचिव
चिकित्सा, स्वास्थ्य एवं परिवार कल्याण विभाग
राजस्थान सरकार

अ0शा0 पत्रांक:निस/अमुस/चिस्वा/2020/61
दिनांक: 6 मार्च, 2020

प्रिय नवीन जी,

जैसा कि आपको विदित है कि भारत में कोरोना वायरस (COVID-19) का प्रकोप तेजी से बढ़ रहा है एवं वर्तमान में राजस्थान राज्य में भी COVID-19 के 02 केस पाये गये हैं। उक्त बढ़ते हुए प्रकोप की रोकथाम हेतु राज्य में विभिन्न गतिविधियां युद्ध स्तर पर संचालित की जा रही हैं। उक्त गतिविधियों के तहत राज्य में यात्रा कर रहे विदेशी पर्यटकों की स्क्रीनिंग करवायी जानी भी एक अति-आवश्यक गतिविधि है।

राज्य में संचालित राजकीय/निजी परिवहन साधनों से यात्रा कर रहे विदेशी पर्यटकों को चिन्हित कर उनसे संलग्न स्व-घोषणा पत्र भरवाते हुए चिकित्सा एवं स्वास्थ्य विभाग से समन्वय स्थापित कर उनकी स्क्रीनिंग करवाया जाना आवश्यक है। साथ ही सभी बस स्टेण्डों पर प्रचार-प्रसार सामग्री का प्रदर्शन भी करवाया जाना आवश्यक है।

अतः अपने स्तर पर संबंधितों को, विदेशी पर्यटकों को चिन्हित करते हुए उक्त स्व-घोषणा पत्र भरवाये जाने एवं संबंधित मुख्य चिकित्सा एवं स्वास्थ्य अधिकारी से समन्वय स्थापित कर स्क्रीनिंग की कार्यवाही करवाये जाने तथा साथ ही बस स्टेण्डों पर प्रचार-प्रसार सामग्री का प्रदर्शन करवाये जाने हेतु निर्देशित करने का श्रम करावें।

शुभकामनाएं

संलग्न: स्व-घोषणा पत्र

श्री नवीन जैन,
प्रबन्ध निदेशक
राजस्थान राज्य पथ परि0 निगम
जयपुर।

भवन्निष्ठ,
06/03
(रोहित कुमार सिंह)

कमरा न. 5208, मुख्य भवन, शासन सचिवालय, जयपुर-302005 फोन : +91 141-2227666, फैक्स : +91 141-2227797

ई-मेल : phs@rajasthan.gov.in, rohitksingh@gmail.com

Department of Medical and Health, Rajasthan
COVID-19 SCREENING SELF DECLARATION FORM

(To be filled by all foreign travellers in duplicate and submitted to Health and Immigration counters / Bus Conductor / TTE)

You are requested to provide the following information to safe guard your own health.

Personal Information		
1	Name	
2	Citizen of	
3	Passport No.	
4	Flight/Bus/Train No.	
5	Seat No.	
6	Date of arrival	
7	Port of origin	
8	Port of Destination	

-Contact details in India		
1	House No.	
2	Street Village	
3	Tehsil	
4	District/ City	
5	State	
6	PIN	
7	Residence No.	
8	Mobile No.	
9	Email ID	

(Part A)

a) Details of the cities / countries visited in Last 14 days? _____

b) Further Travel Plan _____

c) Are You Suffering from any of the following symptoms?

- Fever Yes / No.
- Cough Yes / No.
- Respiratory Distress Yes / No.

Declaration

- Above Information provided by me is correct in best of my knowledge
- In case, I develop symptoms such as fever and cough with in 28 days of leaving this Air port / Bus Stand / Rly. Station, etc. I will restrict my outdoor movement and contact MoHFW's 24 hours helpline number **011-23978046** and will get the information about to whom I have to contact. Till Then I keep Myself isolated and will follow all the precautions advised by the Helpline authorities.

Signature of Passenger