

<https://djsaludviajero.minsa.gob.pe/dj-salud/>

Na této stránce dole překlikněte na English (angličtinu)

REPUBLICA DEL PERÚ

Ministerio de Salud

Declaración Jurada de Salud y Autorización de Geolocalización

🔍 Búsqueda de persona

Nacionalidad *
PERU

Tipo de documento *
DNI

Número de documento

Requerido

Fecha de nacimiento

El llenado del presente formulario es condición previa para la autorización del ingreso al avión.

English
Español
Español

Vyplňte další informace – dle vzoru – národnost – **Rep. Checa** a vaše číslo pasu.

alud **Ministry of Health and Geolocation**

Person search

Nationality *
REP.CHECA

Type of document *
PAS

Number of document
45979629

Date of birth
7/10/1981

The filling of this form is a precondition for the authorization to enter the plane.

Get

Pak vyplňte datum přiletu do Peru:

PERU Ministerio de Salud Autorización de Salud y Geolocalización

I. PERSONAL INFORMATION

Traveler document type PAS	Number 45979629	
Last name BARTAKOVA	Last name BARTAKOVA	First name * ZUZANA
Nationality REP.CHECA	Date of birth 7/10/1981	Gender FEMENINO / FEMALE
<input type="radio"/> National trip <input checked="" type="radio"/> International trip	Date of arrival in Peru 15/10/2021	
Country of origin * REP.CHECA		

Tady telefon, no moc tam nejde dát číslo mobilu, tak jsem to sepsala takto:

Country of origin * REP.CHECA	Destination department * LIMA	Destination Province * LIMA	Destination District * LIMA		
Contact phone number			Contact cell number		
Country code * 420	City code * 607	Contact phone number * 650787	Country code * 420	City code * 607	Contact cell number * 607650787
Email * ZUZANA.BARTAKOVA@SEZNAM.CZ					

Pak doplňte adresu, kde budeme po přiletu pobývat. Je to Taytaya Apartments, Calle 3, Manzana B, Lote 20, Callao

Email * ZUZANA.BARTAKOVA@SEZNAM.CZ		
Real address information		
Department * CALLAO	Province * CALLAO	District * CALLAO
Real address after the isolation * TAYTAYPA APARTMENTS, CALLE 3, MANZANA B, LOTE 20, CALLAO		
<i>Please indicate the people with whom you will be accompanied at your real address</i>		

Níže nic nevyplňujte, to je pokud cestujete s dětmi.

Please indicate the people with whom you will be accompanied at your real address

Last name	Last name	
First name	Gender * MASCULINO / MALE	Age
Symptoms of family member or companion	Family or companion illnesses	+ Add

A na závěr to nechte takto, je to přednastavené – že nemáte covid symptomy.

II. HEALTH INFORMATION

Did you have contact with any person ill with Coronavirus (COVID-19)
 Yes No

You have had an isolation or quarantine indication in the last 14 days?
 Yes No

Currently, do you have any of these symptoms?

Fiebre / Fever Tos / Cough Dolor De Garganta / Sore Throat Problemas Para Respirar / Difficulties To Breathe

Malestar General / General Malaise Congestión Nasal / Nasal Congestion

I accept the geolocation of my declared cell phone.

I declare under oath, that all data registered in the application are trustworthy.

LEGAL TERMS OF THE STATEMENT.

1. This statement is reserved and the data is only collected for health and safety issues.
2. The owner of personal information gives his free and voluntary consent for the processing of personal data.
3. The processing of personal data is carried out with full respect for the fundamental rights of its holders.
4. The personal data contained in this statement are regulated in subsection 6) of article 16 of Law No. 29733 - Personal Data Protection Law, which authorizes its collection in risky circumstances, for prevention, diagnosis and medical treatment.
5. The person in charge of collecting the information and safeguarding it is the Information Technology and Communications Office, which will adopt the necessary measures to preserve it and guarantee its adequate protection and security.
6. The person in charge of collecting the information undertakes to comply with the provisions of confidentiality of personal data.
7. Disclosure of declared personal information is strictly prohibited unless for health and safety reasons.
8. The provisions of Law No. 29723 - Personal Data Protection Law and its Regulations approved by Supreme Decree No. 003-2013-JUS are applicable to this statement.

Register


Dáte REGISTER a vygeneruje se vám pdf.

To si uložíte – DESCARGAR - nebo vytisknete – IMPRIMIR.

(stačí to mít v mobilu)

Kontrolují QR kód, který je níže v tomto prohlášení.

[Descargar](#) [Imprimir](#)



**DECLARACIÓN JURADA DE SALUD Y COMPROMISO PARA
COMUNICAR A LA AUTORIDAD DE SALUD**

DJ Número : 1367538

Yo, ZUZANA BARTAKOVA BARTAKOVA, con PAS N° 45979629; con domicilio en TAYTAYPA APARTMENTS, CALLE 3, MANZANA B, LOTE 20, CALLAO; distrito de CALLAO; provincia de CALLAO; departamento de CALLAO; N° teléfono fijo 420-607-650787, N° de celular 420-607-607650787; correo electrónico ZUZANA.BARTAKOVA@SEZNAM.CZ
DECLARO BAJO JURAMENTO

Que, conforme a lo estipulado por la Resolución Ministerial 627-2020-MINSA;

Sí () o No (X) he tenido contacto con alguna persona enferma de Coronavirus (COVID-19) en los últimos 14 días.

Si () o No (X) he tenido indicación de aislamiento o cuarentena en los últimos 14 días.

Sintoma	Sí	No
FIEBRE / FEVER	-	X
TOS / COUGH	-	X
DOLOR DE GARGANTA / SORE THROAT	-	X
PROBLEMAS PARA RESPIRAR / DIFFICULTIES TO BREATH	-	X
MALESTAR GENERAL / GENERAL MALAISE	-	X
CONGESTIÓN NASAL / NASAL CONGESTION	-	X

Me comprometo de comunicar a la autoridad de salud de mi jurisdicción, cuando presente sintomatología compatible al COVID 19, dentro de los 14 días de llegada al país.

Asimismo, me sujeto a las disposiciones que emita la autoridad sanitaria correspondiente (Dirección de Redes Integradas de Salud – DIRIS, Dirección Regional de Salud – DIRESA / Gerencia Regional de Salud – GERESA) para el seguimiento según lo estipulado.

En caso de comprobarse falsedad alguna, la Autoridad correspondiente podrá someterme a las sanciones contempladas en el Art. 427° del Código Penal.

15 de OCTUBRE de 2021

La presente Declaración Jurada responde a la verdad de los hechos, formulándola en virtud del Principio de Presunción de Veracidad previsto en los artículos IV numeral 1.7 y 42° de la Ley de Procedimiento Administrativo General, aprobada por la Ley N° 27444; y tengo conocimiento, que si lo declarado es falso, estoy sujeto a los alcances de los establecido en los artículos 411° y 438° del Código Penal, que establece: "(...) será reprimido con pena privativa de libertad no menor de uno ni mayor de 04 años, para los que hacen una falsa declaración, violando el principio de veracidad y para aquellos que cometen falsedad, simulando o alterando la verdad". El ministerio de Salud, a través de sus órganos y/u organismos descentralizados competentes, bajo el principio de control postenorefectuará la verificación de la información proporcionada.

*Descargado del formato virtual de Migraciones [Volver al inicio](#)