



YOLCU BİLGİ FORMU

AD SOYAD	
TC NO / PASAPORT NO	
TELEFON NO	
SİZE ULAŞILABİLECEK KİŞİ TELEFON NO	

UÇUŞ NO	KOLTUK NO:	TARİH:
---------	------------	--------

TÜRKİYEDE BULUNACAĞI ADRES/GİDECEĞİ ÜLKE	
--	--

Aşağıda yazılan belirtilerden bir veya birkaçı sizde varsa lütfen işaretleyiniz.

Ateş Öksürük Boğaz Ağrısı Nefes Darlığı

Son 14 gün içinde bulunduğunuz ülkeler :.....

COVID-19 şüphesi ile incelenen bir hasta ile yakın temasta buldunuz mu?

Evet Hayır Bilinmiyor

Beyan ettiğim bilgiler doğru olup tarafıma aittir.

Beyan Tarihi :/....../ 2020

İmza

Not: Formda verilen bilgilerin yanlış olduğunun anlaşılması durumunda, formu dolduran hakkında yasal yollara başvurulacaktır.



PASSENGER INFORMATION FORM

NAME/LAST NAME					
PASSPORT NUMBER					
PHONE NUMBER OF THE PERSON WHO CAN BE REACHED TO CONTACT WITH YOU					
PHONE NUMBER					
FLIGHT NUMBER		SEAT NUMBER:		DATE :	

ADDRESS IN TURKEY OR DESTINATION					
----------------------------------	--	--	--	--	--

If you have one or more of the symptoms below, please tick them.

High Fever Cough Sore throat Shortness of breath

The countries you have been in the last 14 days:.....

Have you had close contact with a patient who was suspected with COVID-19?

Yes No Unknown

The information I declare is correct and belongs to me.

Declaration Date:/....../ 2020

Signature

Note: If it is understood that the information provided on the form is incorrect, legal remedies will be taken against the person who filled out the form.