



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. <input type="checkbox"/> Ateş <input type="checkbox"/> Öksürük <input type="checkbox"/> Boğaz Ağrısı <input type="checkbox"/> Nefes Darlığı		
Son 14 gün içinde bulunduğunuz ülkeler :.....		
COVID-19 şüphesi ile incelenen bir hasta ile yakın temasta buldunuz mu? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> 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					
<p>If you have one or more of the symptoms below, please tick them.</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> High Fever <input type="checkbox"/> Cough <input type="checkbox"/> Sore throat <input type="checkbox"/> Shortness of breath </p>					
The countries you have been in the last 14 days:.....					
<p>Have you had close contact with a patient who was suspected with COVID-19?</p> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Unknown					
The information I declare is correct and belongs to me.					
Declaration Date:/..../ 2020			Signature		
<p>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.</p>					