


TR	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. <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.		

EN	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. <input type="checkbox"/> High Fever <input type="checkbox"/> Cough <input type="checkbox"/> Sore throat <input type="checkbox"/> 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? <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:		
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.		