

EN

PASSENGER INFORMATION FORM



NAME / LAST NAME

PASSPORT NUMBER

PHONE NUMBER

PHONE NUMBER OF THE PERSON WHO CAN BE REACHED TO CONTACT WITH YOU

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

TR

YOLCU BİLGİ FORMU



AD SOYAD

TC NO / PASAPORT NO

TELEFON NO

SİZE ULAŞILABİLECEK KİŞİ TELEFON NO

UÇUŞ NO

KOLTUK NO

TARİH

TÜRKİYE'DE 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 bulundunuz 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.