

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. ☐ 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.			

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. ☐ 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.			