



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><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:.....			
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.			

## LEGENDA

### TURCJA - FORMULARZ LOKALIZACYJNY PASAŻERA

---

IMIĘ / NAZWISKO: .....  
NR PASZPORTU: .....  
NR TELEFONU DO OSOBY KONTAKTOWEJ: .....  
NR TELEFONU: .....  
NR LOTU: .....  
NR MIEJSCA W SAMOLOCIE: .....  
(do uzupełnienia po odprawie Check-in)  
DATA: .....  
ADRES POBYTU W TURCJI: .....  
.....

---

Zaznacz, jeśli występuje u Ciebie:

**Gorączka // Kaszel // Ból gardła // Duszności**

---

Który kraj/kraje odwiedziłeś/eś w ciągu ostatnich 14 dni?

.....//.....//.....//.....

---

Czy miałeś/eś bezpośredni kontakt z osobą, która może być zakażona COVID-19?

**Tak // Nie // Nie wiem**

---

Podane dane są prawdziwe.

Data: ...../ ...../ 2020      Podpis: .....

---

**Uwaga:** W przypadku podania nieprawdziwych informacji grozi odpowiedzialność karna.