



KKTC SAĞLIK BAKANLIĞI UÇUŞ BİLGİ VE TAAHHÜT FORMU

KİŞİSEL BİLGİLER :

İSİM :

SOYİSİM :

DOĞUM TARİHİ:

KİMLİK NO :

PASAPORT NO :

ADRES (AÇIK ADRES) :

KKTC'DEKİ İKAMET ADRESİ (AÇIK ADRES) :

TELEFON NUMARASI :

KKTC'DE ULAŞILABİLECEK TELEFON NUMARASI :

ÜLKEYE GELİŞ NEDENİ :

TATİL () İŞ () ÖĞRENİM () AİLE ZİYARETİ () DAİMİ İKAMET KKTC ()

SON 15 GÜN İÇERİSİNDE ZİYARET EDİLEN ÜLKELER :

KUZey KIBRIS'TA KALINACAK GÜN SAYISI :

BERABERİNİZDE 18 YAŞ ALTI YOLCU VARSA :

İSİM :

YAŞ :

İSİM :

YAŞ :

İSİM :

YAŞ :

TAAHAÜTLER

1- SARS-COV2 TESTİ (PCR) NEGATİF SONUCUMUN TARAFIMA, YUKARIDA VERİLEN TELEFON NUMARASI VE ADRESE BİLDİRİLECEĞİ ZAMANA KADAR, KENDİMİ VERDİĞİM ADRESTE İZOLE EDECEĞİMİ VE HERHANGİ BİRİ İLE TEMASTA BULUNMAYACAĞIMI, TEST SONUCUMUN POZİTİF ÇIKMASI HALİNDE İSE KKTC YASA VE KURALLARI UYARINCA KARANTİNA ALTINA ALINMAYI KABUL ETTİĞİMİ BEYAN EDERİM.

2- YOLCULUĞUMUN BAŞLAMASINDAN ÖNCEKİ SON 72 SAATTE YAPILMIŞ NEGATİF PCR TESTİM OLSA BİLE, KKTC MAKAMLARININ GEREK GÖRMESİ HALİNDE YENİDEN PCR TESTİ YAPTIRMAYI TAAHÜT EDERİM.

3- KKTC MAKAMLARININ GEREK GÖRMESİ HALİNDE KARANTİNA ALTINA ALINMAYI VE ÜCRETİNİN TARAFIMDAN KARŞILANMASINI TAAHÜT EDERİM.

4- YUKARIDA VERDİĞİM BİLGİLERİN DOĞRU OLDUĞUNU VE ÜLKEDE BULUNDUĞUM SÜRECE KKTC YASALARINA UYACAĞIMI TAAHHÜT EDERİM.

5- YUKARIDAKİ BİLGİLERİN DOĞRU OLMAMASI VEYA TAAHHÜDLERİMİN AKSİNE DAVRANMAM HALİNDE TARAFIMA YASAL İŞLEM BAŞLATILMASINI KABUL VE BEYAN EDERİM.

6- KKTC DE BULUNDUĞUM SÜRE İÇERİSİNDE SALGINLA İLGİLİ TÜM RİSKLERİN FARKINDA OLARAK, ALINACAK HALK SAĞLIĞI ÖNLEMLERİNE UYACAĞIMI VE SALGIN NEDENİYLE UĞRAYACAĞIM KAYIPLAR NEDENİ İLE HERHANGİ BİR HAK TALEP ETMEYECEĞİMİ TAAHHÜT EDERİM.

7- KKTC'YE YAPTIĞIM GEZİNİN TAMAMLANMASININ ARDINDAN GİTTİĞİM ÜLKEDE COVID-19 HASTALIĞI İLE İLGİLİ ATEŞ, ÖKSÜRÜK, NEFES DARLIĞI, BOĞAZ AĞRISI, BURUN AKINTISI İSHAL BULANTI KUSMA HALSİZLİK GİBİ BULGULARDAN BİRİNİ YAŞARSAM BU BİLGİLERİ KKTC SAĞLIK BAKANLIĞI (arsiv.saglik@gov.ct.tr) ADRESİNE BİLDİRECEĞİMİ TAAHHÜT EDERİM.

8-SON 14 GÜN İÇERİSİNDE BEYAN ETTİĞİM ÜLKELER DIŞINDA BAŞKA BİR ÜLKEDE BULUNMADIĞIMI BEYAN EDERİM

9- SON 14 GÜN İÇERİSİNDE ATEŞ, ÖKSÜRÜK, BOĞAZ AĞRISI, BURUN AKINTISI, ANİ NEFES DARLIĞI, İSHAL, BULANTI, KUSMA VEKAS AĞRISI GİBİ ŞİKÂyetLERDEN BİRİNİ YAŞAMADIĞIMI VE YİNE SON 14 GÜN İÇİNDE KESİN VEYA OLASI COVID-19 HASTASI İLE BİR TEMASIMIN OLMADIĞINI, COVID-19 TEDAVİSİ ALMADIĞIMI BEYAN EDERİM.

İSİM - SOYİSİM :

TARİH :

İMZA :

ÖNEMLİ NOT: BU FORMU DOLDURUP UÇUŞ ESNASINDA, PCR NEGATİF TEST SONUCU İLE BİRLİKTE YANINIZDA BULUNDURMA VE SİZDEN TALEP EDİLMESİ HALİNDE YETKİLİLERE TESLİM ETMEK ZORUNLULUĞUNUZ VARDIR.