

Dünya Sağlık Örgütü tarafından KOVİD-19 pandemisiyle ilgili

Ben,.....
(Şahısların adı ve soyadı)

1. KOVİD-19 hastalığı belirtilerinin olmadığını
2. Karantina altında olmadığını
3. Bulgaristan Cumhuriyeti'ndeki epidemiolojik durum hakkında ve KOVİD-19 hastalığının taşıdığı riskler hakkında bilgi sahibi olduğumu
4. Bulgaristan Cumhuriyeti topraklarında Sağlık Bakanının talimatlarıyla uygulanan epidemi karşıtı önlemlere uyacağımı
5. Kendi şahsi riskimle yolculuk yaptığımı
6. Yolculuk nedeniminolduğunu
7. Bulgaristan Cumhuriyeti topraklarını hemen terke etme zorunluluğuna uyacağımı
(Bulgaristan Cumhuriyeti topraklarından transit geçiş yapan şahıslar için geçerlidir)
8. Yanlış bilgiler sunmam durumunda Bulgaristan Cumhuriyeti mevzuatı doğrultusunda sorumluluk taşıdığımı

BEYAN EDİYORUM

İletişim bilgileri:

Pasaport/kimlik kartı bilgileri:.....
Cep telefonu numarası:
E-mail:.....

TARİH:

İMZA: