



Doküman Kodu: DH.FR.029

Yayın Tarihi: 15.09.2021

Revizyon Tarihi: -

Revizyon No: 0

Sayfa: 1 / 1

Tarih	
Sağlık Tesisi ÇKYS kodu	2062
Sağlık Tesisi Adı	..... Hastanesi
Annenin T.C. Kimlik Numarası	
Annenin Adı Soyadı	
Babanın T.C. Kimlik Numarası	
Babanın Adı Soyadı	
İletişim Numarası (Anne veya Baba)	
<b>Bebeğin Cinsiyeti</b>	
<b>Bebeğe Verilecek İsim</b>	
<b>Bebeğin Dini</b>	
<b>Adres bilgileri</b>	

..... **Hastanesi Başhekimliğine**  
..... tarihinde hastanenizde doğan kız/erkek bebeğimin, doğum olayının nüfus kayıtlarına tesciline yönelik "e-Rapor/e- Doğum Raporu Bileşeni Nüfus Tescil İşleminin" tarafınızdan yapılmasını, adının ..... ve dinin ..... olarak nüfus kayıtlarına tescil edilmesini talep ediyorum. Yukarıdaki bilgilerin doğruluğunu onaylıyorum.  
Gereğini arz ederim.

**Annenin Adı Soyadı ve imzası veya Babanın Adı Soyadı ve imzası**

**Nüfus Tescil kaydını alan personelin Adı Soyadı İmzası**

Not: e-Rapor/e-Doğum Raporu Bileşeni Tescil İşlemi Formuna bebeğin adının, annenin veya babanın adı soyadının anne veya babanın kendi el yazısı ile yazmaları ve imzalamaları zorunludur.