|  |  |
| --- | --- |
| **e-Rapor/e-Doğum Raporu Bileşeni Nüfus Tescil İşlemi Talep Formu** | |
| Tarih |  |
| Sağlık Tesisi ÇKYS kodu |  |
| Sağlık Tesisi Adı |  |
| Annenin T.C. Kimlik Numarası |  |
| Annenin Adı Soyadı |  |
| Babanın T.C. Kimlik Numarası |  |
| Babanın Adı Soyadı |  |
| **Bebeğin Cinsiyeti** |  |
| **Bebeğe Verilecek İsim** |  |
| **Bebeğin Dini** |  |
| Adres bilgileri |  |
| …………............……. 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****: 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.* | |