## 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.*