



T.C.
MERSİN VALİLİĞİ
İl Yazı İşleri Müdürlüğü



DAĞITIMLI
11.06.2021

Sayı :E-26002637-249-12582
Konu :Gürcistan/Kazakistan Resmi Aşı
Sertifikası Örnekleri

DAĞITIM YERLERİNE

İlgi : a) 31.05.2021 tarihli ve 11561 sayılı yazımız.
b) İçişleri Bakanlığının (İller İdaresi Genel Müdürlüğü) 10.06.2021 tarihli ve 9568 sayılı yazısı.

İçişleri Bakanlığından alınan "Gürcistan/Kazakistan Resmi Aşı Sertifikası Örnekleri" konulu ilgi (b) yazı ekte gönderilmiştir.

İlgi (b) yazı doğrultusunda bilgi ve gereğini rica ederim.

Abdulhamit ERGUVAN
Vali a.
Vali Yardımcısı

Ek: İlgi (b) yazı ve ekleri

Dağıtım:

Gereği:

Kaymakamlıklara
Mersin Limanı Mülki İdare Amirliğine
Mersin İl Emniyet Müdürlüğüne
Mersin İl Jandarma Komutanlığına
Sahil Güvenlik Akdeniz Bölge
Komutanlığına
Mersin İl Sağlık Müdürlüğüne
Mersin İl Afet ve Acil Durum Müdürlüğüne

Bilgi:

İçişleri Bakanlığı İl Müdürlüklerine
Valilik Birimlerine
Mersin Ticaret İl Müdürlüğüne
Mersin İl Kültür ve Turizm Müdürlüğüne

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

Doğrulama Kodu: I4cas9-5CeIhC-BrkZBp-p97klk-xL07QoPX Doğrulama Linki: <https://www.turkiye.gov.tr/icisleri-ebys>

Akkent Mahallesi Hüseyin Okan Merzeci Bulvarı No:662 33160 - Yenişehir / Mersin
Telefon No: (324)238 25 54 Faks No: (324)238 81 12
e-Posta: yaziisleri@mersin.gov.tr İnternet Adresi: <http://www.mersin.gov.tr>
Kep Adresi: icisleribakanligi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Nevra YILDIZ
Şef
Telefon No:





T.C.
İÇİŞLERİ BAKANLIĞI
İller İdaresi Genel Müdürlüğü



Sayı :E-89780865-153-9568
Konu :Gürcistan/Kazakistan Resmî Aşı
Sertifikası Örnekleri

10.06.2021

DAĞITIM YERLERİNE

- İlgi : a) 31.05.2021 tarihli ve 8832 sayılı Genelgemiz.
b) Dışişleri Bakanlığı'nın 04.06.2021 tarihli ve 32866876 sayılı yazısı.
c) Dışişleri Bakanlığı'nın 08.06.2021 tarihli ve 32870944 sayılı yazısı.

İlgi (a) Genelgemizde **Afganistan, Bangladeş, Brezilya, Güney Afrika, Hindistan, Nepal, Pakistan, Sri Lanka, Birleşik Krallık, İran, Mısır ve Singapur**dışında kalan diğer ülkelerden tüm sınır kapılarımızdan (kara, hava, deniz) ülkemize girişlerde girişten en az 14 gün önce aşı yaptırıldığına ve/veya hastalığı son 6 ay içinde geçirdiğine dair ilgili ülke resmi otoritelerince düzenlenen belgeyi ibraz edenlerden ayrıca negatif sonuçlu PCR testi raporu ibrazı talep edilmeyeceği ve bu kişiler için karantina tedbiri uygulanmayacağı kararlaştırılmıştır.

Dışişleri Bakanlığı'nın ilgi (b) ve (c) yazıları ile Bakanlığımıza iletilen Gürcistan ve Kazakistan tarafından verilen aşı sertifikası/aşı kartı örnekleri ekte gönderilmektedir.

Bilgi ve gereğini arz ve rica ederim.

H. Kürşat KIRBIYIK
Bakan a.
İller İdaresi Genel Müdürü

Ek:

- 1- Gürcistan Aşı Sertifikası Örneği
- 2- Kazakistan Aşı Kartı Örneği

Dağıtım:

Gereği:

81 İl Valiliğine
Emniyet Genel Müdürlüğüne
Jandarma Genel Komutanlığına

Bilgi:

Dışişleri Bakanlığına
Kültür ve Turizm Bakanlığına
Sağlık Bakanlığına

Bu belge, güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.
Doğrulama Kodu: WRVJ3H-Zgn2ke-3Lod0z-59itNG-HU/TLiQN Doğrulama Linki: <https://www.turkiye.gov.tr/icisleri-ebys>

Kavaklıdere Mahallesi, Atatürk Bulvarı, No:191 Çankaya/Ankara 06680
Telefon No: (312) 422 42 91 Faks No: (312) 417 93 86
e-Posta: syb@icisleri.gov.tr İnternet Adresi: <https://www.icisleri.gov.tr/illeridaresi>
Kep Adresi: icisleribakanligi@hs01.kep.tr

Bilgi için: Hüseyin HANCIOĞLU
Avrupa Birliği Uzmanı





საქართველოს ტერიტორიებიდან დევნილთა, შრომის, ჯანმრთელობისა და სოციალური დაცვის სამინისტრო
 MINISTRY OF INTERNALLY DISPLACED PERSONS
 FROM THE OCCUPIED TERRITORIES, LABOUR,
 HEALTH AND SOCIAL AFFAIRS OF GEORGIA TEL: 1505



დაავადებათა ენციროლოგია და
 საზოგადოებრივი ჯანმრთელობის
 ეროვნული ცენტრი
 GEORGIAN NATIONAL CENTER FOR DISEASE
 CONTROL AND PUBLIC HEALTH TEL: 116001

COVID 19 ბარათი/ COVID 19 FORM




მონაცემები განახლებულია / Data Updated

პირადი ნომერი Personal Number	გვარი, სახელი Name, Surname	დაბადების თარიღი Date of Birth

COVID 19 ვაქცინაცია COVID 19 Vaccination	ვაქცინის მწარმოებელი Vaccine Manufacturer	თარიღი Date	სამედიცინო დაწესებულება Medical institution

PCR კვლევის შედეგი PCR Test Result	თარიღი Date	ლაბორატორია Laboratory

ხელმოწერილია ელექტრონულად 
 Signed Digitally



EMBASSY OF THE REPUBLIC
OF KAZAKHSTAN
Ankara



K664

DKDM

04/06

30/ 290
COK ACİL!
COK İVEDİ!

Kazakistan Cumhuriyeti Ankara Büyükelçiliği Türkiye Cumhuriyeti Dışişleri Bakanlığı'na saygılarını sunar ve Büyükelçiliğin 27 Mayıs 2021 tarihli ve 30/276 sayılı notasına atfen, Kazakistan Cumhuriyeti Hükümeti Covid-19 virüsüne karşı yurt dışında tahsis edilen aşı sertifikalarını/pasaportlarını tanıma işlemleri başlatıldığını bildirir.

Bu bağlamda, Kazakistan'da Covid-19 virüsüne karşı tam doz aşılanan kişilere yetkili makamlar tarafından verilen aşı sertifikalarının/pasaportlarının nüshasını ekte sunarak, Türkiye Cumhuriyeti yetkili makamlarına iletilmesi hususunda Bakanlığın nazik yardımlarını ve aracılığını rica etmekten şeref duyar.

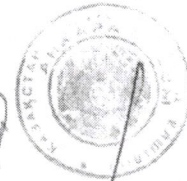
Kazakistan Cumhuriyeti Ankara Büyükelçiliği bu vesileyle Türkiye Cumhuriyeti Dışişleri Bakanlığı'na en derin saygılarını yineler.

Ek: 4 sayfa.

Ankara, «3» Haziran 2021

İletişim:
Baurzhan ALZHANOV
+90 553 850 70 86

Türkiye Cumhuriyeti
Dışişleri Bakanlığı
Ankara



S. Ağbaş

004946

КВИ-ге қарсы вакцинация туралы анықтама нысаны
Форма справки о вакцинации против КВИ



Қазақстан Республикасы
Денсаулық сақтау министрлігінің
Санитариялық-эпидемиологиялық бақылау комитеті
Комитет санитарно-эпидемиологического контроля
Министерства здравоохранения Республики Казахстан
Committee of Sanitary and Epidemiological Control of the
Ministry of Healthcare of the Republic of Kazakhstan

«Вакцинациядан өту туралы анықтама»
«Справка о прохождении вакцинации»
«Certificate of vaccination»

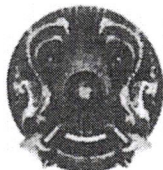
QR коды /
QR-код /
QR code

Тегі, аты, әкесінің аты/ Фамилия, имя, отчество/ Patient full name	_____
ЖСН/ИИН/ПІН/ Құжат нөмірі/номер документа/document number	_____
Вакцинация өткізу орны/ Место проведения вакцинации/ Place of vaccination	_____
Емшара түрі/ Вид процедуры/ Type of procedure	Коронавирустық инфекцияға қарсы вакцинация / Вакцинация против коронавирусной инфекции / Vaccination against coronavirus infection
Препарат атауы/ Наименование препарата/ Name of the drug	_____
Вакцинацияны алған күні/ Дата получения вакцинации/ Date of receipt of vaccination	I кезең/этап/stage – «__» __ 20__ II кезең/этап/stage – «__» __ 20__
Доза/Доза/Dose	I кезең/этап/stage - _____ II кезең/этап/stage - _____
Сериясы/Серия/Series	_____
Дәрігер/Врач/Doctor	_____

М.О/М.П/Р.Л

Берді/выдал/provided by: _____

Қолы/подпись/signature: _____ күні/дата/date «__» __ 20__



Қазақстан Республикасы
 Денсаулық сақтау министрлігінің
 Санитариялық-эпидемиологиялық бақылау комитеті
 Комитет санитарно-эпидемиологического контроля
 Министерства здравоохранения Республики Казахстан
 Committee of Sanitary and Epidemiological Control of the
 Ministry of Healthcare of the Republic of Kazakhstan

«Вакцинациядан өту туралы анықтама»
 «Справка о прохождении вакцинации»
 «Certificate of vaccination»

Тегі, аты, әкесінің аты/ Фамилия, имя, отчество/ Patient full name	_____
ЖСН/ИИН/ІІН/ Құжат нөмірі/номер документа/document number	_____
Вакцинация өткізу орны/ Место проведения вакцинации/ Place of vaccination	_____
Емшара түрі/ Вид процедуры/ Type of procedure	Коронавирустық инфекцияға қарсы вакцинация / Вакцинация против коронавирусной инфекции / Vaccination against coronavirus infection
Препарат атауы/ Наименование препарата/ Name of the drug	_____
Вакцинацияны алған күні/ Дата получения вакцинации/ Date of receipt of vaccination	I кезең/этап/stage – «__» __ 20__ II кезең/этап/stage – «__» __ 20__
Доза/Доза/Dose	I кезең/этап/stage - _____ II кезең/этап/stage - _____
Сериясы/Серия/Series	_____
Дәрігер/Врач/Doctor	_____

«eGov mobile» мобильді қосымшасының «Цифрлық құжаттар» сервисіндегі «Вакцинация паспорты» электрондық құжатының нысаны

Форма электронного документа
«Паспорт вакцинации» в сервисе «Цифровые документы» мобильного приложения «eGov mobile»

ҚАЗАҚСТАН РЕСПУБЛИКАСЫ

ВАКЦИНАЦИЯ ПАСПОРТЫ

Т.А.Ж.

Вакцинация өткізу орны

Атауы

Препарат атауы

Күн

Доза

Серия

Әлсігер

РЕСПУБЛИКА КАЗАХСТАН

ПАСПОРТ ВАКЦИНАЦИИ

Ф.И.О.

Место проведения вакцинации

Наименование

Наименование препарата

Дата

Доза

Серия

Врач

THE REPUBLIC OF KAZAKHSTAN	
VACCINATION PASSPORT	
Full name	
Place of vaccination	
Name	
Drug name	
Date	
Dose	Series
Doctor	