	TC. SOMA KAYMAKAMLIĞI Soma Linyit Anadolu Lisesi Müdürlüğü **VAKA BİLDİRİM FORMU**	

Vakanın Tespit Edildiği:

İl :

İlçe : Gönderme Tarihi .....

Mahalle/Köy : Hastanın HES Kodu .....

Vakanın Kimliği: TC KİMLİK NO: ……

Adı Soyadı :…….. Doğum Tarih : ……

Baba Adı :…….. Cinsi : ……

Ana Adı :……..

İkamet Adresi : …….

COVİD-19 Başlama Tarihi:

Alınan Örnek :

Alınma Tarihi ve saati : . . . . . **Sonuç : . . . . . .**

1-Alınan test Tarihi :

Temaslılar(Ad, soyad, yaş)

1-.....

2-.....

3-.....

4-.....

5-.....

Kurum Program Sorumlusu:

Adı Soyadı : ÖMER AKBULUT

Görevi : ÜDÜR YRD.

Görev Yeri : SOMA LİNYİT ANADOLU LİSESİ

Telefon No : 505296 5607

Tarih : …/ …/ ……. imza: