**თვითიზოლაციის მოთხოვნის ფორმა**

|  |  |
| --- | --- |
| ჩამოსვლის თარიღი |   |
| რეისი (მათ შორის ტრანზიტი) |   |
| რეისის ნომერი |  |
| სასაზღვრო პუნქტი |  |
| სახელი |  |
| გვარი |  |
| პირადი, ან პასპორტის ნომერი |  |
| სქესი |  |
| დაბადების თარიღი |  |
| მოქალაქეობა |  |
| ქვეყანა, საიდანაც მოდიხართ |  |
| ბოლო 21 დღის საცხოვრებელი ადგილი |  |
| ტელეფონი |   |
| თვითიზოლაციის სივრცეზე პასუხისმგებელი პირის სახელი, გვარი |   |
| თვითიზოლაციის სივრცეზე პასუხისმგებელი პირის საკონტაქტო ნომერი |   |
| ჩამოსვლის მიზანი |   |
| რეგიონი (საქართველოში თვითიზოლაციის ადგილი) |   |
| რაიონი (საქართველოში თვითიზოლაციის ადგილი) |   |
| სოფელი (საქართველოში თვითიზოლაციის ადგილი) |   |

გთხოვთ შევსებული ფორმა გამოაგზავნოთ ელექტრონულ მისამართზე:

**covisolation@moh.gov.ge**