

ASKERLİK YAPMAYA ENGEL SAĞLIK SORUNU NEDENİYLE MUAFİYET BAŞVURUSU

Şahsen başvuru gerekmektedir.

ÖNEMLİ NOT: Başvuru sahiplerinin Türk vatandaşlığının yanı sıra ABD vatandaşlığı da bulunuyorsa, askerlik işlemlerinin gerçekleştirilebilmesi için öncelikle sözkonusu vatandaşlığın nüfusa tescili gerekmektedir. Bu amaçla izlenecek yola ilişkin olarak Başkonsolosluğumuzun web sayfasında yer alan Bilgi Notları - Vatandaşlık bölümünün altında bulunan Çok Vatandaşlık Başvurusu Bilgi Notu'ndan yararlanılabilir.

Başvuru İçin Gerekli Evraklar:

1. Sağlık durumunuzu belirten askerlikten muaf olmak isteğinizi içeren, Türkiye ve ABD adreslerinizi ve telefon numaralarınızın da yer aldığı dilekçe.
2. T.C. Kimlik Kartı aslı ve fotokopisi.
3. 1 adet vesikalık fotoğraf.
4. İki Nüsha “Son Yoklama Formu” (Bu belgenin ekinde sunulmaktadır.) Her iki form da iki ayrı uzman doktor tarafından imzalanmalıdır. Formda uzman doktorların ad-soyad, uzmanlık alanı ve ıslak imzalarının bulunması gerekmektedir.
5. **Son yoklama formunu imzalayan iki ayrı uzman doktor** tarafından yazılmış ve imzalanmış hastalığa dair ayrıntılı raporların aslı ve Türkçe tercümesi – **Apostil tastikli** Doktor raporlarının Türkçe tercümelerinin Başkonsolosluğumuza kayıtlı yeminli tercümanlardan biri tarafından yapılmış olması gerekmektedir. ***raporun üzerinde uzman doktorun adı-soyadı, uzmanlık alanı, kaşesi ve ıslak imzası bulunmalıdır***
6. Raporlara ilaveten- hastalık veya engel gözle görülmeyen şekilde ise; teşhisi koyan doktor ve sağlık kuruluşlarının onayını taşıyan test sonuçlarının Türkçe tercümesi- **Apostil tastikli**

Raporlara ilaveten- varsa röntgen, MRI gibi tetkik görüntülemeleri de doktor raporuna eklenmelidir.
7. Raporlara ilaveten- hastalık veya engel gözle görülen cinsten ise; önden ve yandan çekilmiş boy fotoğrafları

Başvuru Yöntemi:

Şahsen başvurularda Başkonsolosluğumuza gelmeden önce www.konsolosluk.gov.tr internet sitesinden randevu alınması gerekmektedir.

SON YOKLAMA FORMU

Yükümlünün Nüfus Kaydına Göre Kimliği	Adı ve Soyadı			
	Doğum Tarihi			
	Baba/Anne Adı			
	Yerli Askerlik Şubesi			
	İli, İlçesi			
	Mahalle veya Köyü			
	Hane No:	Cilt No:	Sahife No:	
Tahsil Durumu:		Sanat ve Mesleği		
Yurtdışı Adresi:				
Yurtiçi Adresi:				
Sayın Doktor, Yukarıda kimliği yazılı ve fotoğrafı yapışık yükümlü askerlik çağına girmiştir. Muayenesinin yapılarak formda istenilen hususların doldurulmasını rica ederim. Dear Doctor The above-mentioned person whose photograph is attached is at the age of drafting. Please do his physical ckeck-up and fill the form below.				
Boy / Height	Kilosu / Weight	Nefes Alma / Breath Inhale	NefesVerme / Breath Exhale	
Cm.	Kg.			
Dahiliye Muayene Sonucu Internal Diagnosis	Teşhis Adı/ Diagnosis	Patolojiktir Pathological	Normaldir. Normal	
Hariciye Muayene Sonucu External Diagnosis	Teşhis Adı/ Diagnosis	Patolojiktir Pathological	Normaldir. Normal	

Yukarıda kimliği yazılı ve fotoğrafı yapışık yükümlünün muayenesi tarafımızdan yapıldı.
The physical check-up of the above mentioned person, whose photograph is attached, has been completed by us.

Askere gider. / He may be drafted	
Heyet muayenesi gerekir / He may not be drafted (he needs a check-up by a military medical committee)	

Tarih / Date:

(gg.aa.yyyy – dd.mm.yyyy)

1..Doktorun Kaşe ve İmzası-Medical Doctor's seal and signature:

2.Doktorun Keşe ve İmzası-Medical Doctor's seal and signature: