**SAĞLIK DURUMU BEYAN FORMU**

**Adı Soyadı :**

**T.C. Kimlik Numarası :**

**Baba Adı :**

**Anne Adı :**

**Doğum Tarihi :**

**Doğum Yeri :**

Görevimi devamlı yapmaya engel bir sağlık sorunumun olmadığını, Sağlık nedeniyle oluşabilecek sorunlarda her türlü sorumluluğu kabul ettiğimi beyan ederim. .…/…./2023

**İmza :**

**Adı Soyadı:**