

SAĞLIK DURUMU BEYAN FORMU

Adı Soyadı :
T.C. Kimlik Numarası :
Doğum Tarihi :
Doğum Yeri :

Sağlık durumumda, 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'na tabi memur olarak görevimi sürekli yapmama elverişli olduğumu ve görevimi yapmama engel olabilecek akıl ve beden sağlığı yönünden hastalık veya engelin bulunmadığını beyan ederim./...../2025

Adı Soyadı
İmza