

SAĞLIK DURUMU BEYAN FORMU

T.C. Kimlik Numarası :

Doğum Tarihi :

Doğum Yeri :

Görevimi devamlı yapmaya engel bir sağlık sorunumun olmadığını, Sağlık nedeniyle oluşabilecek sorunlarda her türlü sorumluluğu kabul ettiğimi beyan ederim. .../.../2022

İmza :

Adı Soyadı: