**SAĞLIK BEYANI**

|  |  |
| --- | --- |
| **Adı Soyadı :** |  |
| **T.C. Kimlik Numarası :** |  |
| **Doğum Tarihi :** |  |
| **Doğum Yeri :** |  |

Sağlık durumumda herhangi bir engelimin bulunmadığını ve görevimi sürekli yapmama engel olabilecek akıl hastalığımın bulunmadığını beyan ederim. (\*)

..../…./20..

Adı Soyadı

İmza

\*Herhangi bir engel durumu bulunanların ayrıca sağlık raporunu sunması gerekmektedir.