

**SAĞLIK DURUMU BEYAN FORMU**

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

**İLGİLİ MAKAMA**

Sağlık durumumda, ilgili yönetmelik hükümleri kapsamında yapılacak personel istihdamına ilişkin ilanda belirtilen şartlara elverişli olduğumu ve görevimi sürekli yapmama engel olabilecek hastalık veya engelin bulunmadığını beyan ederim. ..../..../2025

Adı Soyadı  
İmza