SAĞLIK DURUMU BEYAN FORMU

# Adı Soyadı :

**T.C. Kimlik Numarası :**

**Doğum Tarihi :**

**Doğum Yeri :**

Sağlık durumumun her türlü iklim ve yolculuk koşullarına elverişli olduğunu ve …………… görevini sürekli yapmama engel olabilecek hastalık veya sakatlığımın bulunmadığını beyan ederim. ……/……./2021

# Adı Soyadı İmza