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 657 sayılı Devlet Memurları Kanununa tabi memur olarak görevimi sürekli yapmama ve görev gereği seyahat etmeme engel olabilecek hastalık veya engelimin bulunmadığını beyan ederim. ……/……./2023

# Adı Soyadı İmza