**SAĞLIK DURUMU BEYAN FORMU**

**Adı Soyadı :**

**T.C. Kimlik Numarası :**

**Doğum Tarihi :**

**Doğum Yeri :**

**Görev Yapacağı Unvan :**

657 sayılı Devlet memurları Kanunu’nun 4/D maddesi uyarınca Engelli Sürekli İşçi statüsünde görev yapmama (görev yapacağım unvanda) engel olabilecek bir sağlık sorunumun bulunmadığını beyan ederim.

.... /02/2025

Adı Soyadı   
  İmza