SAĞLIK DURUMU BEYANI FORMU

Adı-Soyadı :

T.C. Kimlik No :

Doğum Tarihi :

Doğum Yeri :

Sağlık durumumun her türlü çalışma koşullarına elverişli olduğunu ve ……te görevimi sürekli yapmama engel olabilecek hastalık ve ya sakatlığımın bulunmadığını beyan ederim. …../…../20…

Ad - Soyadı