**SAĞLIK DURUMU BEYAN FORMU**

**T.C. Kimlik Numarası :**

**Doğum Tarihi :**

**Doğum Yeri :**

Sağlık durumumun görevimi devamlı yapmaya engel olmadığını beyan ederim. …../06/2020

 **İmza :**

**Adı Soyadı :**