



SAĞLIK BEYANI FORMU (EK-3)

| | | | |
|--|-----|------------------------|--|
| Sağlık Sorunu | Yok | Hastalığı (Varsa) | |
| | Var | | |
| Engellilik Durumu | Yok | Engel Grubu (Varsa) | |
| | Var | Engel Oranı (Varsa) | |
| İLGİLİ MAKAMA | | | |
| <p>İlgili yönetmelik hükümleri kapsamında yapılacak personel istihdamına ilişkin ilanda belirtilen şartlara elverişli olduğumu ve görevimi sürekli yapmama engel olabilecek hastalık veya engelimin bulunmadığını beyan ederim./...../2021</p> | | | |
| Adı Soyadı | | İmza | |
| T.C. Kimlik Numarası | | | |