**SAĞLIK BEYANI FORMU (EK-5)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sağlık Sorunu |  Yok | Hastalığı(Varsa) |  |
|  Var |
| Engellilik Durumu |  Yok | Engel Grubu (Varsa) |  |
|  Var | Engel Oranı (Varsa) |  |
| Askerlik Durumu | YAPTI | - |  |
| TECİLLİ  | Tecil Tarihi |  |
| MUAF | Muafiyet Sebebi (Muafiyete ilişkin hastalığın tanısı açıkça belirtilecektir.) |  |
| **İLGİLİ MAKAMA** |
|  İlgili yönetmelik hükümleri kapsamında yapılacak personel istihdamına ilişkin ilanda belirtilen şartlara elverişli olduğumu ve görevimi sürekli yapmama engel olabilecek hastalık veya engelimin **bulunduğunu/bulunmadığını** beyan ederim. .…./..…./2023**(Not: Bu belge imzalandıktan sonra pdf formatına dönüştürülecektir. Sisteme pdf formatı eklenecektir. Belge aslı aday tarafından muhafaza edilecektir. Sınavı kazananlardan bu belgeleri asılları talep edilecektir. )** |
| Adı Soyadı |  | İmza |  |
| T.C. Kimlik Numarası |  |