**SAĞLIK BEYANI FORMU**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Sağlık Sorunu | Yok | | Hastalığı  (Varsa) | |  | |
| Var | |
| **İLGİLİ MAKAMA** | | | | | | |
| 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair 7433 sayılı Kanun ile 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu'na geçici 48 inci madde uyarınca memur kadrosuna atanmama engel olabilecek hastalık veya engelimin **bulunmadığını** beyan ederim. / /2023 | | | | | | |
| Adı Soyadı | |  | | İmza | |  |
| Sicil No | |  | |
| T.C. Kimlik Numarası | |  | |