**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 |  |