**İZMİR BÖLGE ADLİYE MAHKEMESİ**

**ADALET KOMİSYONU BAŞKANLIĞINA**

Görevimi devamlı olarak yapmama engel olabilecek akıl hastalığımın ve sağlıkla ilgili engel bir durumumun bulunmadığını beyan ederim……/……../2023

 Ad-Soyad

 İmza

TC:

TEL: