**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: