

**İZMİR BÖLGE ADLİYE MAHKEMESİ  
ADALET KOMİSYONU BAŞKANLIĞINA**

Görevimi devamlı olarak yapmama engel olabilecek akıl hastalığının ve sağlıkla ilgili engel bir durumumun bulunmadığını beyan ederim...../...../2021

Ad-Soyad  
İmza

TC:

TEL: