Sağlık Beyanı

BURSA BÖLGE ADLİYE MAHKEMESİ
ADALET KOMİSYONU BAŞKANLIĞINA

İlgili mevzuat hükümleri kapsamında yapılan personel istihdamına ilişkin ilanda belirtilen şartlara elverişli olduğumu ve görevimi devamlı yapmama sağlık açısından engel olabilecek hastalık veya engelimin bulunmadığını beyan ederim. …/…/2026

İmza

T.C. No :

Ad-Soyad :

Unvan :

Cep Telefonu :

Adres :