**SAĞLIK BEYANI FORMU (EK-3)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sağlık Sorunu |  Yok | Hastalığı(Varsa) |  |
|  Var |
| Engellilik Durumu |  Yok | Engel Grubu (Varsa) |  |
|  Var | Engel Oranı (Varsa) |  |
| **İLGİLİ MAKAMA** |
|  Hatay Adli Yargı İlk Derece Mahkemesi Adalet Komisyonunca yapılan Sözleşmeli **Hizmetli** sınavı sonucunda asil olarak atanmaya hak kazandım. İlgili yönetmelik hükümleri kapsamında sınav ilanında belirtilen şartlara elverişli olduğumu ve görevimi sürekli yapmama engel olabilecek hastalık veya engelimin **bulunmadığını** beyan ederim. .…./..…./2023 |
| Adı Soyadı |  | İmza |  |
| T.C. Kimlik Numarası |  |