**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 **İşaret Dili Tercümanı** 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 | |  | |