**SAĞLIK BEYANI FORMU**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sağlık Sorunu |  Yok | Hastalığı(Varsa) |  |
|  Var |
| Engellilik Durumu |  Yok | Engel Grubu (Varsa) |  |
|  Var | Engel Oranı (Varsa) |  |
| **İLGİLİ MAKAMA** |
|  İlgili yönetmelik hükümleri kapsamında yapılacak personel istihdamına ilişkin ilanda belirtilen şartlara elverişli olduğumu ve görevimi sürekli yapmama engel olabilecek hastalık veya engelimin **bulunduğunu/bulunmadığını** beyan ederim. .…./..…./2023 |
| Adı Soyadı |  | İmza |  |
| T.C. Kimlik Numarası |  |