**SAĞLIK DURUMU BEYAN FORMU**

Sağlık durumumla ilgili olarak görevimi devamlı yapmama engel bir durumum yoktur. Aksi tespit edildiği takdirde sorumluluğu kabul ederim.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

…… / …… / 2024

Ad SOYAD

İmza