SAĞLIK DURUMU BEYAN FORMU

657 Sayılı Devlet Memurları Kanununun 4/A maddesi uyarınca, atamamın yapılacağı Zabıta Memuru görevini devamlı yapmaya engel olabilecek, sağlık sorunum veya bedensel engelim bulunmadığını beyan ediyorum. …../…../2024

Adı Soyadı :

T.C. Kimlik Numarası :

Doğum Tarihi : …../…../………

Doğum Yeri :

İmza :