

SAĞLIK DURUMU BEYAN FORMU

T.C. Kimlik Numarası :

Adı Soyadı :

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

...../...../2020

Beyanda Bulunanın İmzası