

SAĞLIK DURUMU BEYAN FORMU

Adı Soyadı :
T.C. Kimlik Numarası :
Doğum Tarihi :
Doğum Yeri :

AFYONKARAHİSAR BELEDİYE BAŞKANLIĞI
(İnsan Kaynakları ve Eğitim Müdürlüğü)

Sağlık durumumda, ilgili yönetmelik hükümleri kapsamında yapılacak personel istihdamına ilişkin ilanda belirtilen şartlara elverişli olduğumu ve görevimi sürekli yapmama engel olabilecek hastalık veya engelin bulunmadığımı beyan ederim./..../2025

Adı Soyadı
İmza