EK

SAĞLIK DURUMU BEYAN FORMU

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

Müfettiş olarak görevimi devamlı yapmama engel olabilecek hastalık, vücut ve akıl sağlığı sorunumun bulunmadığını beyan ederim…../…./2026

İmza