**SAĞLIK DURUMU BEYAN FORMU**

**Adı Soyadı :**

**T.C. Kimlik Numarası :**

**Doğum Tarihi :**

**Doğum Yeri :**

**Görev Yapacağı Unvan :**

COVID-19 salgını nedeniyle Sağlık Kurulu Raporu alamadığım için 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’nun 4/A maddesi uyarınca ……………………… kadrosunda görev yapmama engel olabilecek bir sağlık sorunumun bulunmadığını beyan eder, COVID-19 salgını sonrasında sağlık kurulu raporumu (görev yapacağım unvanda çalışmama engel bir durum olmadığını gösterir heyet raporu şeklinde) teslim edeceğimi taahhüt ederim.

.... / .... /2021

Adı Soyadı   
  İmza