

SAĞLIK DURUMU BEYAN FORMU

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

Hastanenize atanacağım unvan ile ilgili çalışma şartlarına dayanıklı olduğumu ve görevimi devamlı olarak yapmama engel olabilecek akıl ve beden sağlığı sorununun bulunmadığını beyan ediyorum.

...../...../2022

Adı Soyadı
İmza