

## SAĞLIK DURUMU BEYAN FORMU

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

657 Sayılı Devlet Memurları Kanununun 4/A maddesi uyarınca, atamamın yapılacağı Zabıta Memuru görevini devamlı yapmaya engel olabilecek, sağlık sorunun veya bedensel engelim bulunmadığını beyan ediyorum. ..../..../2020

**Adı Soyadı**  
**İmza**