**SAĞLIK BEYANI**

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

Sağlık durumumda Ulaştırma ve Altyapı Bakanlığı merkez ve taşra teşkilatındaki görevimi sürekli yapmama engel olabilecek hastalık veya sakatlığımın bulunmadığını beyan ederim.

..../…./20…

Adı Soyadı

İmza