**(EK FORM-2)**

**ULAŞTIRMA VE ALTYAPI BAKANLIĞI DENETİM HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI MÜFETTİŞ YARDIMCILIĞI GİRİŞ SINAVI**

**HERHANGİ BİR KURUMA HİZMET TAAHHÜDÜ ALTINDA BULUNMADIĞINA DAİR BEYAN FORMU**

**Adı Soyadı :**

**T.C. Kimlik Numarası :**

**Doğum Tarihi :**

**Doğum Yeri :**

 Herhangi bir kuruma hizmet taahhüdüm bulunmadığını beyan ederim.

…../.…/2020

 **Adı Soyadı**

 **İmza**