**(EK FORM-3)**

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

**YURDUN HER YERİNDE GÖREV YAPMAYA ENGEL BİR HALİN BULUNMADIĞINA DAİR BEYAN FORMU**

**Adı Soyadı :**

**T.C. Kimlik Numarası :**

**Doğum Tarihi :**

**Doğum Yeri :**

Sağlık durumumun, yurdun her yerinde görev yapmaya, her türlü iklim ve yolculuk koşullarına elverişli olduğu, Müfettişlik görevini yapmama engel bir halimin bulunmadığını beyan ederim.

…../.…/2020

**Adı Soyadı**

**İmza**