

**SAĞLIK DURUMU BEYAN FORMU**

**Adı Soyadı :**

**T.C. Kimlik Numarası :**

**Sözleşmeli Unvanı :**

**Fiili Görev Yeri :**

26.01.2023 tarih ve 32085 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan 7433 sayılı “Devlet Memurları Kanunu ve Bazı Kanunlar İle 663 sayılı Kanun Hükmünde Kararnamede Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun” hükümleri uyarınca 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’nun 4/B maddesi uyarınca Sözleşmeli Personel statüsünden, aynı Kanun’un 4/A maddesi uyarınca kadrolu personel statüsüne geçiş işlemim için görev yaptığım unvanda görev yapmama engel olabilecek bir sağlık sorunumun bulunmadığını beyan ederim.

 ...... / …... /20…

 İmzası

Adı Soyadı