

## SAĞLIK DURUMU BEYAN FORMU

5393 sayılı Belediye Kanununun 49 uncu maddesine istinaden Tam Zamanlı sözleşmeli personel istihdamına ilişkin ilan metninde başvuru yaptığım kadro unvanı ile ilgili olarak çalışma şartlarına elverişli olduğumu, görevimi devamlı yapmama engel olabilecek akıl hastalığının ve bedensel engelimin **bulunmadığını**,

Gerçeğe aykırılık tespit edilmesi halinde doğacak her türlü hukuki sonucu kabul ettiğimi ve atamamın geçersiz sayılacağını, atamam yapılmış olsa dahi iptal edileceğini ve hiçbir hak iddia etmeyeceğimi kabul ve taahhüt ederim.

Tarih :...../...../2025  
T.C. Kimlik No :  
Adı Soyadı :  
İmza :