**Adı Soyadı :**

**T.C. Kimlik Numarası : Doğum Tarihi :**

**Doğum Yeri :**

**İLGİLİ MAKAMA**

Sağlık durumumda, ilgili yönetmelik hükümleri kapsamında yapılacak personel istihdamına ilişkin ilanda belirtilen şartlara elverişli olduğumu ve görevimi sürekli yapmama engel olabilecek hastalık veya engelimin bulunmadığını; Belediye Başkanlığınızın yapacağı Fiziksel Uygulama Sınavına katılmamda sağlık yönünden sakıncam olmadığını beyan ederim.

…../.…/2025

**Adı Soyadı İmza**