

SAĞLIK DURUMU BEYANI

ADI SOYADI :

T.C. KİMLİK NUMARASI :

657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 4. Maddesinin (B) bendi uyarınca atamamın yapılacağı sözleşmeli Hemşire görevini devamlı olarak yapmaya engel bir durumumun bulunmadığını beyan ederim.

İMZA :

ADI SOYADI :