



T.C.  
BAĞCILAR BELEDİYE BAŞKANLIĞI  
İnsan Kaynakları ve Eğitim Müdürlüğü

**GÖREVİNİ DEVAMLIL YAPMASINA ENGEL OLMADIĞINA DAİR BEYAN**

Kimlik Bilgileri	
T.C.Kimlik No:	
Adı Soyadı:	
Baba Adı:	
Ana Adı:	
Doğum Yeri (İl/İlçe):	
Doğum Tarihi:	

Sağlık Durumu	
Görevini Devamlı Yapmasına Engel Olabilecek Akıl Hastalığı Veya Bedensel Engeli Var mı?	
Var <input type="checkbox"/>	Yok <input type="checkbox"/>
Açıklama:	
<p>Görevimi Devamlı Yapmaya Engel Olabilecek Akıl Hastalığı Veya Bedensel Engelim bulunmadığını beyan ediyorum, aksi takdirde atamamın geçersiz sayılacağını, atamam yapılmış olsa dahi iptal edileceğini kabul ediyorum. .... / .... / .....</p>	
<b>Beyanda Bulunanın İmzası</b>	