**SAĞLIK DURUMU BEYAN FORMU**

Ek-1

**Adı Soyadı :**

**T.C. Kimlik Numarası :**

Sağlık durumumun Kişisel Verileri Koruma Kurumu bünyesinde 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu kapsamında yapılacak memur istihdamına (6103 sayılı Kanun kapsamında) ilişkin şartlara elverişli olduğumu ve görevimi sürekli yapmama engel olabilecek

hastalık veya engelimin bulunmadığını beyan ederim. / /2023

**Adı Soyadı İmza**