

SAĞLIK DURUMU BEYAN FORMU

Adı Soyadı :

T.C. Kimlik Numarası :

Doğum Tarihi :

Doğum Yeri :

MALATYA SU VE KANALİZASYON İDARESİ PERSONEL A.Ş.'NE

Sağlık durumumda, ilgili yönetmelik hükümleri kapsamında yapılacak personel istihdamına ilişkin ilanda belirtilen şartlara elverişli olduğumu, Malatya'nın ve gerektiğinde ülkenin her yerinde iş görmeye, işyerinin her vasıtası ile gezip dolaşmaya kabiliyetimin olduğunu ve görevimi sürekli yapmama engel olabilecek herhangi bir hastalığımın veya engelimin bulunmadığını beyan ederim./...../2025

Adı Soyadı
İmza