

SAĞLIK DURUMU BEYAN FORMU

KATILIMCININ

Adı Soyadı:

TC Kimlik No:

Cep Tel:

E-posta :

ERCIYES ÜNİVERSİTESİ MÜHENDİSLİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI'NA

Türkiye İş Kurumu Kayseri İl Müdürlüğü ve Erciyes Üniversitesi Rektörlüğü iş birliği ile 10 Kasım 2025-30 Haziran 2026 tarihleri arasında düzenlenecek olan **İŞKUR Gençlik Programı** kapsamında personel istihdamına ilişkin herhangi bir sağlık sorununun bulunmadığını ve görevimi sürekli yapmama engel olabilecek hastalık veya engelin bulunmadığını beyan ederim. ... /.... /2025

Adı Soyadı

İmzası