SAĞLIK DURUMU BEYAN FORMU

KATILIMCININ

Adı Soyadı:

TC Kimlik No:

Cep Tel:

E-posta :

ERCİYES ÜNİVERSİTESİ

MÜHENDİSLİK FAKÜLTESİ DEKANLIĞI'NA

Türkiye İş Kurumu Kayseri İl Müdürlüğü ve Erciyes Üniversitesi Rektörlüğü iş birliği ile 16 Kasım 2026-30 Haziran 2027 tarihleri arasında düzenlenecek olan **İŞKUR Gençlik Programı** kapsamında personel istihdamına ilişkin herhangi bir sağlık sorunumun bulunmadığını ve görevimi sürekli yapmama engel olabilecek hastalık veya engelin bulunmadığını beyan ederim. … /…. /2026

Adı Soyadı

İmzası