**BASKİL HALK EĞİTİMİ MERKEZİ MÜDÜRLÜĞÜ**

**SAĞLIK DURUMU BEYAN FORMU**

**Adı Soyadı :**

**T.C. Kimlik Numarası :**

**Doğum Tarihi :**

**Doğum Yeri :**

Kurumunuz bünyesinde açılacak olan kurslarda görev almamda sakınca doğuracak e-Nabız sisteminden "Kovid-19 kronik risk durumu" na dair herhangi bir kronik sağlık problemimin ve engel durumumun bulunmadığını beyan ediyorum.

…../.…/2020

Adı Soyadı

İmza