

SAĞLIK-ADLİ SİCİL DURUM ve T.C. KİMLİK NUMARASI BEYANI

(İsmarlama Protez ve Ortez Merkezi İçin)

Tarih:/....../20....

..... İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İlimiz,
adresinde faaliyet gösteren tabela unvanlı İsmarlama
Protez ve Ortez Merkezi'nde ☐ Sorumlu Müdür, ☐ Personel olarak çalışmamda sağlık yönünden bir
engelim olmadığını, 26.09.2004 tarihli 5237 sayılı Türk Ceza Kanununun 53 üncü maddesinde
belirtilen süreler geçmiş olsa bile; kasten işlenen bir suçtan dolayı beş yıl veya daha fazla süreyle ya
da devletin güvenliğine karşı suçlar, Anayasal düzene ve bu düzenin işleyişine karşı suçlar, milli
savunmaya karşı suçlar, devlet sırlarına karşı suçlar ve casusluk, kamunun sağlığına karşı suçlar,
zimmet, irtikap, rüşvet, hırsızlık, dolandırıcılık, sahtecilik, güveni kötüye kullanma, hileli iflas, ihaleye
fesat karıştırma, edimin ifasına fesat karıştırma, suçtan kaynaklanan malvarlığı değerlerini aklama
veya kaçakçılık suçlarından hapis cezasına mahkum olmadığımı
ve T.C. Kimlik numarasının şahsıma ait olduğunu beyan ederim.

Bilgilerinize arz ederim.

Ad/ Soyad/ İmza

NOT: Bu form; 24/09/2011 tarih ve 28064 sayılı Resmi Gazete'de yayımlanarak yürürlüğe giren "[İsmarlama Protez ve Ortez Merkezleri İle İşitme Cihazı Merkezleri Hakkında Yönetmelik](#)" esas alınarak hazırlanmıştır.