

SAĞLIK - ADLİ SİCİL DURUM ve T.C. KİMLİK NUMARASI BEYANI
(İşitme Cihazı Merkezi İçin)

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

..... İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İlimiz,
adresinde faaliyet gösteren tabela unvanlı İşitme Cihazı
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.