

..... İL/İLÇE
..... [KURUM/OKUL/İŞYERİ/İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ ADI]

Konu: Sağlık engel durumumun bildirilmesi

Tarafımca; [işe giriş/kurum işlemleri/okul kaydı/sınav başvurusu/sosyal haklar] kapsamında değerlendirilmek üzere sağlık engel durumuma ilişkin bilgilendirme yapılması gereği doğmuştur.

Beyan ederim ki; sağlık engel durumum [vardır/yoktur]. [Varsa] Engel durumumun türü: [.....], engel oranı: [%___], rapor tarih ve sayısı: [../../20....] / [_____]. Engel durumum nedeniyle ihtiyaç duyduğum düzenlemeler/kolaylıklar: [.....].

Engel durumuma ilişkin sağlık kurulu raporu ve ilgili belgeler ekte sunulmuştur. Kurumunuzca gerekli değerlendirme ve işlemlerin yapılarak tarafıma bilgi verilmesini arz ederim.

Gereğini arz ederim.

....., / / 20....

[Başvuran/Beyan Sahibi]

Adı Soyadı : _____

T.C. Kimlik No : _____

Engel Raporu Tarihi / No : _____

Adres : _____

Telefon : _____

E-posta : _____

İmza

Ekler:

- 1) Sağlık kurulu raporu (engel durumunu gösterir)
- 2) (Varsa) Epikriz/televi raporları
- 3) (Varsa) Kimlik fotokopisi
- 4) (Varsa) Diğer destekleyici belgeler