|  |  |
| --- | --- |
| **Adı Soyadı**  |  |
| **T.C. Kimlik Numarası** |  |
| **Doğum Tarihi** |  |
| **Doğum Yeri** |  |
| **Bölümü** |  |
| **Öğrenci No**  |  |
| Sağlık durumumla ilgili hiçbir sorunumun olmadığını, kısmi zamanlı çalışmama engel olabilecek sürekli hastalık, bulaşıcı hastalık ve sakatlığımın bulunmadığını beyan ederim. **Bu beyanımın gerçeğe aykırı olduğunun tespiti halinde Yalova Üniversitesi hakkımda gerekli yasal işlemleri yapmaya yetkilidir.**  |
| **Adı Soyadı** |  |
| **Tarih** |  |
| **İmza** |  |