

ASKERLİK DURUMU BEYAN FORMU

Adı Soyadı :

T.C. Kimlik Numarası :

Doğum Tarihi (Gün/Ay/Yıl):

Şahsımın askerlik durumu ile ilgili olarak aşağıda belirtilen hususun doğru olduğunu beyan ederim.

Tarih:...../...../2025

İmza

ASKERLİK BİLGİLERİ					
Yaptı	<input type="checkbox"/>	Terhis Tarihi		Tecilli <input type="checkbox"/>	Tecil Bitim Tarihi
Muaf	<input type="checkbox"/>	Muafiyet Nedeni		Tecil Nedeni	