

T.C.
SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
PERSONEL DAİRE BAŞKANLIĞI
ATAMA BAŞVURU FORMU

Kişisel Temel Bilgiler				
T.C.Kimlik No:				FOTOGRAF
Adı:				
Soyadı:				
Doğum Yeri:				
Doğum Tarihi: / /			
Telefon Numarası:	Ev:	Cep:		
E-posta Adresi:				
Tebliğat Adresi:				
Size ulaşılamadığında haber verilecek kişilerin Adı, Soyadı, Yakınlığı, Telefonu:				
Adli Sicil Bilgileri				
Hakkınızda kanuni ve/veya cezai takibat yapıldı mı?	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok		
Yapıldıysa Açıklama:				
Askerlik Durum Bilgileri				
Askerlik Hizmeti Yapıldı mı ?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır		
Yapıldıysa Şekli:	<input type="checkbox"/> Yedek Sb.	Askere Alındığı Tarih (Sevk Tarihi) / /	
	<input type="checkbox"/> Kısa Dönem	Terhis Tarihi: / /	
	<input type="checkbox"/> Bedelli			
Bağlı Olduğu Askerlik Şubesi				
Yapılmadıysa Nedeni:	<input type="checkbox"/> Tecilli	Tecil Bitim Tarihi: / /	
	<input type="checkbox"/> Muaf			
Açıklama:				
Sağlık Durumu				
657 Sayılı Kanun'un 53.maddesi hükümleri saklı kalmak koşulu ile aynı Kanununun 48/A-7 maddesine göre atandığınız kadronun gerektirdiği hizmetin yürütülmesine engel teşkil edecek bir durumunuz var mı?	<input type="checkbox"/> Var	<input type="checkbox"/> Yok		
Açıklama:				
Eğitim Bilgileri (Sondan Başa Doğru)				
Okul Adı	Yeri	Bölümü	Başlangıç Tarihi	Bitiş Tarihi

İş Durumu

Herhangi bir kamu kurumunda 657 sayılı Kanun'un 4/A maddesine göre kadrolu çalışıyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır		
Çalışıyorsanız Kurumunuz/Biriminiz				
Herhangi bir kamu kurumunda çalışmakta iken istifa veya müstafi sayıldınız mı?	<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır		
Evet İse Önceki Kadro Türü	<input type="checkbox"/> 657/4-A	<input type="checkbox"/> 657/4-B	<input type="checkbox"/> 4924	<input type="checkbox"/> Diğer

Engelli Memur Yerleştirme Programı Kapsamında Üniversitenize unvanında yerleştirildim. Engelli Memur Yerleştirme Programı Kapsamında Tercih Kılavuzundaki şartlara uygun olarak başvurduğumu; Kurumunuzca yayımlanan duyurunun tamamını okuduğumu ve Atama Başvuru Formunu gerçeğe uygun olarak doldurduğumu; Formda yazdığım bilgilerin doğruluğunu ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 48 inci maddesinde aranan genel şartları taşıdığımı, gerçeğe aykırı beyanda bulunduğum takdirde atamamın yapılmayacağını, atamamın yapılmış ve göreve başlatılmış olsam dahi atamamın iptal edileceğini, aksi takdirde Türk Ceza Kanununun ilgili hükümlerinin uygulanacağını, bir bedel ödenmiş ise bu bedelin yasal faizi ile birlikte tazmin edileceğini biliyor, taahhüt ediyorum ve sorumluluğumu kabul ediyorum.

İmza: .../.../.....

Adı Soyadı:

Adres: