|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**T.C.**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNIVERSITESI REKTÖRLÜĞÜNE**

Sağlık Bilimleri Üniversitesi Rektörlüğü'nün aşağıda belirtilen birimi için Resmi Gazete’de …/…/… tarihinde ilan edilen ……………Nolu ve ………………...…………Unvanlı ilanına başvurmak istiyorum.

Başvurumun kabulünü arz ederim.

Başvuru Tarihi: …/ … / …

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| TC KİMLİK NO | |  | DOĞUM YERİ | |  | ASKERLİK DURUMU | | | Fotoğraf |  |
| ADI | |  | DOĞUM TARİHİ | |  | YAPILDIYSA ŞEKLİ | | YAPILMADIYSA SEBEBİ |  |  |
| SOYADI | |  | TASHİH VAR İSE TARİHİ | |  |  |  |
| BABA ADI | |  | NUF. KAYITLI OL. YER | |  | YED.SUBAY | | TECİL |  |  |
| ANA ADI | |  | KAN GRUBU | |  |  |  |
| CİNSİYETİ | |  |  | |  | ER | | MUAF |  |  |
| MEDENİ HALİ | |  |  | |  |  |  |
| ÖĞRENİM DURUMU | | | | | | | | | |  |
| **OKULLAR** | | **MEZUN OLDUĞU OKULUN AÇIK ADI** | | | **BÖLÜMÜ** | **YERİ** | | **MEZUNİYET YILI** | **SÜRESİ** |  |
| LİSANS | |  | | |  |  | |  |  |  |
| YÜKSEK LİSANS | |  | | |  |  | |  |  |  |
| DOKTORA | |  | | |  |  | |  |  |  |
|  | |  |  | |  |  | |  |  |  |
| KPSS PUANI VE YILI | | | | | | | | | |  |
| YABANCI DİL | | | | | | | | | |  |
| YDS PUANI VE YILI | | | | | | | | | |  |
| MUADİLİ PUAN VE YILI | | | | | | | | | |  |
| **BAŞVURULAN UNVAN** | | | | | | | | | |  |
| **Sözleşmeli Personel** | * Mühendis ( ) * Teknisyen ( ) * Büro Personeli ( ) | | | **Başvuru Yapılan İl** | | | * İstanbul ( ) | | |  |
| **VARSA ÖNCE VE HALEN ÇALIŞTIĞI YERİN ADI** | | | | | | | | | |  |
| GÖREV YERİ | | | UNVANI | | BAŞLAMA TARİHİ | AYRILMA TARİHİ | | AYRILIŞ NEDENİ | |  |
|  | | |  | |  |  | |  | |  |
|  | | |  | |  |  | |  | |  |
|  | | |  | |  |  | |  | |  |
|  | | |  | |  |  | |  | |  |
|  | | |  | |  |  | |  | |  |
| EMEKLİ SİCİL NO: | | | SSK NO: | | | BAĞ-KUR NO: | | | |  |
| YAZIŞMA ADRESİ: | | | | | | İlan edilen sözleşmeli personel için belirtmiş olduğum yukarıdaki bilgilerin doğru olduğunu, sağlık durumumun ve adli sicil kaydımın atanmama engel teşkil etmediği, eksik ve yanlış beyanımın tespit edilmesi durumunda, atamam yapılsa dahi tüm haklarımdan feragat edeceğimi şimdiden kabul ediyorum  İMZA:  ……../……../…….. | | | |  |
|  |
|  |
| TELEFON EV: | |  | İŞ: | |  |  |
| GSM: | |  | DİĞER | |  |  |
| FORMU DOLDURANIN | | | | | |  |
| ADI SOYADI: | | | | | |  |
| TARİH VE İMZA: …..…../….……./……… | | | | | |  |
| **AÇIKLAMALAR**  1- Form, müracaatta bulunanlar tarafından doldurulacaktır. | | | | | | | | | |  |
| 2- Bütün sorular tam ve açık olarak cevaplandırılacaktır. | | | | | | | | | |  |
| 3-Gerçeğe aykırı beyanda bulunanlar kazanmış olsalar dahi atamaları yapılmayacaktır.  4- İlanda istenilen belgeler forma eklenecektir. | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | |  |
| **Not:** Adayların bu form ile birlikte istenilen evrakları, Sağlık Bilimleri Üniversitesi Personel Daire Başkanlığına (Hamidiye Külliyesi, Tıbbiye Cad. No:38 Selimiye, Üsküdar, İstanbul) şahsen müracaatta bulunmaları gerekmektedir. | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | |  |