

**-V8-01 PERSONEL ATAMA BAŞVURU FORMU**

|  |                 |  |   |  |          |
|--|-----------------|--|---|--|----------|
| T.C. Kimlik Numarası:  |                 |  |   |  | FOTOĞRAF |
| Adı:   | Soyadı:         | Cinsiyeti:   |   |  |          |
|  |                 | Erkek <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/>                    |   |  |          |
| Baba Adı:  | Anne Adı:       | Nüfusa kayıtlı olduğu İl:  |   |  |          |
|  |                 | İlçe:  |   |  |          |
| Doğum Yeri:  | Doğum Tarihi:   | Cilt No:   | Aile Sıra No:   | Sıra No:   |          |
| Verildiği Yer:   | Veriliş Nedeni: | Veriliş Tarihi:  | Kayıt No:   | Nüfus Cüzdanı Seri No:   |          |
| Askerlik durumu :  |                 |  |   |  |          |
| Yapıldı <input type="checkbox"/>   |                 | Tecilli <input type="checkbox"/>   |   | Muaf <input type="checkbox"/>  |          |
| Adli Sicil kaydı var mı?<br>Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>  |                 | Mahkûmiyeti var mı?<br>Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> |   | Mahkûmiyeti varsa süresi (Yıl, Ay, Gün):<br>Sonucu:<br>Ertelendi <input type="checkbox"/> Affedildi <input type="checkbox"/> |          |
| Mezun olduğu Üniversite/Yüksek Okul/Ortaöğretim /İlköğretim/Ortaokul/ilkokul kurumunun Adı:<br>Bölümü:<br>Süresi: Mezuniyet tarihi:  |                 |  | Seçenek yaptırımlara çevrildi <input type="checkbox"/><br>Memnu haklarının iadesi kararı :<br>Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> |  |          |
| <b>-V8-01GRUBU</b>   |                 |  | <b>Derecesi: %</b>  |  |          |
| <b>1. GENEL ENGELLİLER :</b>   |                 |  |   |  |          |
| a) Ortopedik <input type="checkbox"/>  |                 |  |   |  |          |
| b) Dil ve Konuşma <input type="checkbox"/>   |                 |  |   |  |          |
| c) Ruhsal ve Duygusal <input type="checkbox"/>   |                 |  |   |  |          |
| ç) Süregen (Kronik) <input type="checkbox"/>   |                 |  |   |  |          |
| d) Diğer (sınıflanamayan) <input type="checkbox"/>   |                 |  |   |  |          |
| <b>2. GÖRME ENGELLİLER :</b> <input type="checkbox"/>  |                 |  |   |  |          |
| <b>3. İŞİTME ENGELLİLER :</b> <input type="checkbox"/>   |                 |  |   |  |          |
| <b>4. ZİHİNSEL ENGELLİLER :</b> <input type="checkbox"/>   |                 |  |   |  |          |
| (Bu bölüm adayın Engelli Sağlık Kurulu Raporuna göre doldurulacaktır.)   |                 |  |   |  |          |
| İkamet Adresi :  |                 |  |   |  |          |
| Telefon (ev) :   |                 | Telefon (cep) :  |   | E-Posta :  |          |
| Atama Başvuru Formunda belirtilen bilgiler tarafımdan tam ve doğru olarak doldurulmuştur. Bu bilgilerin doğruluğu ile ilgili doğacak her türlü hukuki sonucu kabul ediyorum. |                 |  |   |  |          |
| ...../...../2022<br>imza   |                 |  |   |  |          |

**AÇIKLAMALAR**

- Bütün sorular tam ve açık olarak cevaplandırılacaktır.
- Atama Başvuru Formunda adayın beyanı esas alınacaktır. (Adayın beyan ettiği adli sicil ve askerlik durumu bilgilerinin doğruluğu yetkili askeri ve adli mercilerden kurum tarafından teyit ettirilecektir.)
- Gerçeğe aykırı belge verdiği veya beyanda bulunduğu tespit edilenlerin atamaları yapılmayacak, atamaları yapılmış ise iptal edilecektir, bu kişiler hakkında Türk Ceza Kanununun ilgili hükümleri uygulanacaktır.