|  |
| --- |
| **KİMLİK VE İLETİŞİM BİLGİLERİ** |
| Adı |  | FOTOĞRAF |
| Soyadı |  |
| T.C. Kimlik Numarası |  |
| Telefon Numarası | 1) |
| 2) |
| E-Posta Adresi |  |
| Yazışma Adresi |  |
| **SAĞLIK BİLGİLERİNE İLİŞKİN BEYAN** |
| Görevinizi devamlı yapmaya engel olabilecek akıl hastalığınız var mı? | VAR [ ]  | YOK[ ]  |
| (VARSA AÇIKLAYINIZ) |
| Seyahat etmenize, arazide veya yerleştirilmiş olduğunuz Bölge Müdürlüğünün iklim koşullarında çalışmanıza engel bir sağlık sorununuz var mı? | VAR [ ]  | YOK[ ]  |
| (VARSA AÇIKLAYINIZ) |
| **KAMU HİZMETLERİNE İLİŞKİN BEYAN** |
| Başka bir Kurumda 657 sayılı Kanun’un 4/A veya 4/B maddesine göre görev yaptınız mı? | HAYIR [ ] EVET [ ]  DEVAM EDİYOR [ ]  |
| (VARSA AÇIKLAYINIZ) |

Ölçme, Seçme ve Yerleştirme Başkanlığı tarafından yayınlanan KPSS 2020/13 Yerleştirme Kılavuzunu dikkatle incelediğimi, kılavuzda yerleştirildiğim pozisyon için yer alan bütün şartları taşıdığımı, 657 sayılı Kanun’un 48 inci maddesinde yer alan şartları taşıdığımı, başvuru formunu gerçeğe uygun bir şekilde doldurduğumu beyan ederim. Gerçeğe aykırı beyanda bulunduğumun tespit edilmesi halinde atamamın yapılmayacağını, yapılmış ise iptal edileceğini, göreve başlamam için herhangi bir tebligat yapılmayacağını ve bu hususta Kurum internet sitesinde yayınlanacak duyuruları takip edeceğimi kabul ediyorum.

 **..……/……../2020
 İmza**