

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
EKPSS 2024/1 AÇIKTAN ATAMA BAŞVURU FORMU

EK-1

Kişisel Temel Bilgiler					
T.C.Kimlik No:				FOTOGRAF	
Adı:					
Soyadı:					
Doğum Yeri:					
Doğum Tarihi:	... / ... /				
Cinsiyeti	Erkek <input type="checkbox"/>	Kadın <input type="checkbox"/>			
Medeni Hali	Evli <input type="checkbox"/>	Bekâr <input type="checkbox"/>			
Telefon Numarası:	Ev:	Cep:			
E-posta Adresi:					
Tebliğat Adresi: Mernisten de sorgulanacaktır					
Size ulaşılmadığında 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 Kanunun 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

Ölçme, Seçme Yerleştirme Merkezi tarafından yapılan 2024/1 EKPSS/Kura ile Engelli Kamu Personeli Yerleştirme sonuçlarına göre; Bakanlığınıza unvanında iline yerleştirildim. 2024 EKPSS/Kura İle Engelli Kamu Personeli Yerleştirme Tercih Kılavuzundaki şartlara uygun olarak başvurduğumu; Bakanlığınızca yayımlanan duyurunun tamamını okuduğumu ve Atama Başvuru Formunu gerçeğe uygun olarak doldurduğumu; Formda yazdığım bilgilerin doğruluğunu ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 48 nci maddesinde aranan genel şartları taşıdığımı, gerçeğe aykırı belge ve 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:
Tarih: .../.../.....