**İŞ BAŞVURU FORMU**

Bizden iş istemekle göstermiş olduğunuz ilgiye teşekkür ederiz.

# ÖNEMLİDİR.

1. Bu formu kendi el yazınızla doldurup imzalayınız.
2. Bütün soruları dikkatle ve eksiksiz olarak cevaplayınız.
3. Burada vereceğiniz bilgiler son derece gizli tutulacak olup izniniz dışında hiçbir kişi ve kuruma verilmeyecek, sadece kişisel değerlendirmenizde kullanılacaktır.
4. Bu formu doldurmuş olmanız şirketimizi hiçbir taahhüt altına sokmaz.

FOTOĞRAF

* **MÜRACAAT TARİHİ:**
* **BAŞVURDUĞUNUZ GÖREV:**
* **ÇALIŞABİLECEĞİNİZ DİĞER BÖLÜMLER:**

**KİŞİSEL BİLGİLERİNİZ**

|  |  |
| --- | --- |
| Adı Soyadı: | Uyruğu: T.C ( ) Diğer( ) TC No: |
| Doğum Yeri ve Tarihi:Cinsiyeti: Erkek ( ) Kadın ( ) | Askerlik durumu Yapıldı ( ) Muaf ( ) Yapılmadı ( )  | Yapılmadı ise nedeniYaptınız ise * Yer ( İl – İlçe )
* Terhis Tarihi
* Görev ve Rütbe
 |
| Sürücü Ehliyeti : Var ( ) Yok ( ) Varsa Sınıfı:Alındığı yer, Tarih ve Ehliyet No: | Medeni DurumuBekâr ( ) Evli ( ) Nişanlı ( ) | Sabıka Kaydı : Var ( ) Yok ( ) Var ise nedeni : |
| Ev Adresi ve Telefonlar: | Size Ulaşamadığımız Takdirde; Arayabileceğimiz * Kişinin Adı - Soyadı
* Yakınlık Derecesi
* Telefon Numarası
 |
| Ev Telefonu : Cep Telefonu: |
| **Mesleğiniz veya Özel İhtisas Alanınız** |
| **Öğrenim Durumunuz:** |
| **FİRMAMIZ ’ da daha önce çalıştınız mı ?** Ne zaman? ………. Hangi Bölümde? …………… |
| **KATILDIĞINIZ KURS - SEMİNER VE EĞİTİM PROGRAMLARI** **( Meslek Edindirme Kurslarına Katıldınız mı ? Evet İse Hangi Kurs ve Sertifikası )** |

**SAĞLIK DURUMUNUZ**

|  |  |
| --- | --- |
| Fiziksel ( Görme – İşitme – El / Ayak – Diğer ) rahatsızlığınız var mı? |  |
| Kalıtsal sağlık probleminiz var mı ? |  |
| Geçirdiğiniz Önemli Hastalıklar var mı ? |  |
| Geçirdiğiniz ameliyatlar ve gördüğünüz tedaviler : |  |

**GENEL SORULAR**

|  |  |
| --- | --- |
| İl dışına seyahat edebilir misiniz ? | Evet ( ) Hayır( ) |
| Gerektiğinde Vardiyalı Çalışabilir misiniz ? | Evet ( ) Hayır( ) |
| Gerektiğinde İkamet Değişikliği Yapabilir misiniz ? | Evet ( ) Hayır( ) |
| Gerektiğinde Fazla Mesai Yapmayı Kabul Edebilir misiniz ? | Evet ( ) Hayır( ) |
| Sigara İçiyor musunuz ? | Evet ( ) Hayır( ) |
| Hakkınızda açılan adli kovuşturma var mı ? | Evet ( ) Hayır( )Evet ise Nedeni? |
| Üyesi Bulunduğunuz Dernek yada Kuruluş: |

**İŞ HAYATINIZ (En son çalıştığınız işyerinden başlayarak yazınız)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| İş Yerinin Adı  | Görev / Unvan | Aylık Net Gelir | Giriş Tarihi | Çıkış Tarihi | Ayrılış Sebebi |
| **1** |  |  |  |  | [ ]  İstifa | [ ]  Çıkarılma | [ ]  Diğer |
| **2** |  |  |  |  | [ ]  İstifa | [ ]  Çıkarılma | [ ]  Diğer |
| **3** |  |  |  |  | [ ]  İstifa | [ ]  Çıkarılma | [ ]  Diğer |
| **4** |  |  |  |  | [ ]  İstifa | [ ]  Çıkarılma | [ ]  Diğer |

**SİZE REFERANS OLABİLECEK ŞAHISLAR**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Adı Soyadı | İş Yerinin Adı | Görev / Unvanı | Telefon Numarası |
|
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**DİĞER TAMAMLAYICI BİLGİLER**

|  |  |
| --- | --- |
| Ne zaman işe başlayabilirsiniz ? : | Sadece Maaşınızla mı geçineceksiniz ? : |
| Ödemekle yükümlü olduğunuz borç miktarı ? : |
| Daha önceki işinizde aylık net ücretiniz ? |
| Bizden talep ettiğiniz aylık net ücret ? |

Bu İş Başvuru Formu’nda verdiğim bilgilerin ve yazdıklarımın muhtemel bir hizmet akdine esas teşkil ettiğini; bunların doğru, eksiksiz ve gerçeğe uygun olduğunu, aksi halde 4857 sayılı iş kanunu Md.25 uyarınca hizmet akdinin ihbarsız ve tazminatsız feshedileceğini; işe alınmam halinde **FİRMANIZ ‘ da** belirtilen ücret ve personel yönetmeliğine göre çalışmayı kabul ettiğimi ilerde personel yönetmeliğine uygun olarak yapılabilecek her türlü değişikliği, şirketin Türkiye içinde ve dışında göstereceği tüm işyerlerinde çalışmayı ve deneme süresine tabi olacağımı ve kabul ve beyan ederim.

 Tarih :

 Adı Soyadı:

İmza :