**GAZİANTEP İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ**

**(4924 SAYILI KANUN KAPSAMINDA SÖZLEŞMELİ PERSONEL BAŞVURU FORMU)**

**BAŞVURU SAHİBİNİN:**

**Adı Soyadı** :……………………………………………………………………………………………………………………

**Unvanı**  :……………………………………………………………………………………………………………………

**Branşı**  :…………………………………………………………………………………………………………………….

**Sicil Numarası** :…………………………………………………………………………………………………………………….

**T.C. Kimlik Numarası** :…………………………………………………………………………………………………………………….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DHY Durumu :**  | * VAR
 | * YOK
 |  |  |

**Görev Yaptığı Kurum** :………………………………………………………………………………………………………………………

 Yukarıda yazılan bilgilerin şahsıma ait olduğunu ve tarafımdan doldurulduğunu beyan ederim. Yerleştirme için 4924 Sayılı Kanuna tabi boş Sözleşmeli Personel pozisyonuna geçiş işlemlerimin yapılması hususunda gereğini arz ederim. …../…../2020

 Yukarıdaki bilgiler tarafımdan doldurulmuştur.

 Adı Soyadı

 İmza

KURUM AMİRİ
DOĞRULUĞUNU TASDİK EDERİM.

Adı Soyadı :

Unvanı :

İmzası :

Tarih :