**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 :