

ÖNEMLİDİR

1-Bu formu kendi el yazınızla doldurup imzalayınız.
2-Bütün soruları dikkatli ve eksiksiz olarak cevaplayınız. Burada vereceğiniz bilgiler gizli tutulacak olup, kişisel değerlendirmenizde kullanılacaktır.

FOTOĞRAF

BAŞVURU TARİHİ:/...../20.....**KİŞİSEL BİLGİLERİNİZ**

Adı- Soyadı:	T.C. Kimlik No:
Doğum Yeri ve Tarihi:	Askerlik Durumu: Yapıldı <input type="checkbox"/> Muaf <input type="checkbox"/> Yapılmadı <input type="checkbox"/>
Cinsiyeti: Erkek <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/>	Muaf ise Nedeni:
Medeni Durumu, Evlenme Tarihi:	E-mail:
Varsa Çocuk Sayısı, Yaşları:	Sabıka Kaydı: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>
Ev Adresi:	Var ise Nedeni: Baba adı ve Mesleği: Anne Adı ve Mesleği: Sürücü Ehliyeti: Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>
Cep:	Var ise Sınıfı:
Evli iseniz; Eşinin Adı: Mesleği: Telefonu:	Ulaşamadığımızda Temas Kurabileceğimiz Diğer Kişiler; Adı Soyadı: Telefon:

ÖĞRENİM DURUMUNUZ

	Okul Adı	Bölüm	Giriş- Çıkış Yılları	Derecesi
Yüksek Lisans:				
Lisans:				
Ön Lisans(MYO):				
Lise:				
Diğer:				

BİLDİĞİNİZ YABANCI DİL VEYA DİLLER

	Okuma			Yazma			Konuşma			Anlama			Derecesi		
	İyi	Orta	Az	İyi	Orta	Az	İyi	Orta	Az	İyi	Orta	Az			
İngilizce													İyi	Orta	Az
Almanca													Bilgisayar		
Diğer													Yazıcı, Fax		

Bilddiğiniz Bilgisayar Programları:

İŞ HAYATINIZ(En Son Çalıştığınız İşyerinden Başlayarak Yazınız)

Firma Adı	Görev/ Unvan	Aylık Net Gelir	Yöneticinin Adı Soyadı	Giriş Çıkış Tarihleri(Ay-Yıl)	Ayrılış Sebebi

İŞ HAYATINIZ(En Son Çalıştığınız İşyerinden Başlayarak Yazınız)

Firma Adı	Görev/ Unvan	Aylık Net Gelir	Yöneticinin Adı Soyadı	Giriş Çıkış Tarihleri(Ay-Yıl)	Ayrılış Sebebi

SİZE REFERANS OLABİLECEK KİŞİLER(Şirketimizde çalışan veya çalışmayan)

Adı Soyadı	Meslek	Telefon

ÇALIŞMAK İSTEDİĞİNİZ DEPARTMAN

İNSAN KAYNAKLARI LOJİSTİK PLANLAMA PROJE ÜRETİM
MUHASEBE SATINALMA KALİTE PAZARLAMA UYGUN GÖRÜLEN

SAĞLIK DURUMUNUZ

Boyunuz:	Kilonuz:	Bedeni Engeliniz(wardsa):
Sigara Kullanıyor musunuz?	Evet <input type="checkbox"/>	Hayır <input type="checkbox"/>
Sağlık Probleminiz var mı? Geçirdiğiniz Ameliyatlar ve Gördüğünüz Tedaviler:		

DİĞER TAMAMLAYICI BİLGİLER

Ücret Beklentiniz?	
İşe hemen başlayabilir misiniz?	Evet <input type="checkbox"/> Süre Sonra <input type="checkbox"/>

Bakmakla Yükümlü Olduğunuz Kişiler:

Bu talep formunda belirttiğim bütün bilgileri yanlış ve eksiksiz olarak doldurulmuş olup, gerçeğe aykırı oluşu halinde herhangi bir ihbara lüzum kalmadan hizmet akdimin feshine sebep olacağını kabul ettiğimi beyan ederim.

Adı Soyadı:
İmza:
Tarih:

(Bu bölüm İnsan Kaynakları Departmanı tarafından doldurulacaktır.)

MÜLAKAT DEĞERLENDİRMELERİ

İnsan Kaynakları:

Bölüm Yöneticisi:

	İnsan Kaynakları	Bölüm Yöneticisi	Fabrika Müdürü
Onay			
İşe Başlama Tarihi			
Maaş (Net)			