

Lütfen başvuru formunu el yazınızla doldurunuz.

Başvuru Tarihi: ___ / ___ / ___

Kişisel Bilgileriniz	
Adınız	<input type="text"/>
Soyadınız	<input type="text"/>
Cinsiyetiniz	<input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Bayan
Doğum Tarihiniz	<input type="text"/>
Doğum Yeriniz	<input type="text"/>
Medeniz Durumunuz	<input type="checkbox"/> Evli <input type="checkbox"/> Boşanmış <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Dul
Sürücü Belgesi	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
Askerlik Durumunuz	<input type="checkbox"/> Yapıldı Tarih: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Yapılmadı Tecil: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Muaf Neden: <input type="text"/>
İletişim Bilgileriniz	
Ev Telefonu	() <input type="text"/>
İş Telefonu	() <input type="text"/>
Cep Telefonu	() <input type="text"/>
Adres	<input type="text"/>
Semt	<input type="text"/>
Posta Kodu	<input type="text"/>
Şehir	<input type="text"/>
Sigara Kullanıyor Musunuz?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Mesai Saatleri Dışında
Sağlık Bilgileriniz	Daha önce önemli bir sakatlık geçirdiniz mi? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır Evet ise lütfen açıklayınız _____
	Herhangi bir fiziksel sakatlığınız var mı? <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır Evet ise lütfen açıklayınız _____
Vücut Bilgileriniz	Boy <input type="text"/> Kilo <input type="text"/> Beden <input type="text"/> Ayak No <input type="text"/> Kan Grubu <input type="text"/>

Okul Bilgileriniz					
	Okul Adı	Bölümü	Giriş Yılı	Mezuniyet Yılı	Terk
Üniversite	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Lise	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
İlköğretim	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

İş Tecrübeleriniz

Firmanın Adı	Göreviniz	Giriş Tarihi	Ayrılma Tarihi	Ayrılma Nedeni

Referans Bilgileriniz

Firmamızda çalışan herhangi bir yakınınız veya tanıdığınız var mı?			<input type="checkbox"/> Evet	<input type="checkbox"/> Hayır
Evet ise lütfen sağdaki bilgileri giriniz.	Adı Soyadı	Görevi	İletişim Bilgileri	

Lütfen çalıştığınız firmalardaki yöneticilerinizi veya hakkınızda bilgi alabileceğimiz (yakınlarınız hariç) kişileri belirtiniz.

Adı Soyadı	Çalıştığı Firma	Görevi	İletişim Bilgisi

Başvurunuz Hakkında

Aday Olduğunuz Görev	Ücret Beklentiniz	En Erken İşe Başlama Süreniz

Başvuru Şekliniz	<input type="checkbox"/> İlan Yoluyla	<input type="checkbox"/> Tavsiye	<input type="checkbox"/> Kendiliğimden	<input type="checkbox"/> Diğer _____
-------------------------	---------------------------------------	----------------------------------	--	--------------------------------------

Yukarıda ayrıntılı olarak vermiş olduğum tüm bilgilerin tamamen doğru olduğunu beyan eder, işe alındığım takdirde bu bilgilerin herhangi birinin aykırılığının tespiti halinde iş akdinin feshini kabul ettiğimi onaylarım.

Adınız Soyadınız: _____

İMZA:

Tarih: _____