

T.C.
KAFKAS ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
SAĞLIK KÜLTÜR VE SPOR DAİRE BAŞKANLIĞI
KİSMİ ZAMANLI ÖĞRENCİ İŞ BAŞVURU FORMU

1- Kişisel Bilgiler

TC Kimlik No		Nüfus Bilgileri			
Adı Soyadı		İli		Cilt No	
Baba Adı		İlçesi		Aile Sıra No	
Ana Adı		Mah/Köy		Sıra No	
Doğum Yeri / Tarihi		Cinsiyet <input type="checkbox"/> Bay <input type="checkbox"/> Bayan		Fotoğraf	
SGK. No.		Medeni Durumu <input type="checkbox"/> Bekâr <input type="checkbox"/> Evli			
Herhangi bir hastalık geçirdiniz mi? Veya bedensel bir rahatsızlığınız var mı? (Belirtiniz)					

2- Öğrenim Bilgileri

<input type="checkbox"/> Fakülte <input type="checkbox"/> Yüksekokul <input type="checkbox"/> Meslek Yüksekokulu <input type="checkbox"/> Enstitü		Öğretim Şekli	<input type="checkbox"/> I. Öğretim <input type="checkbox"/> II. Öğretim <input type="checkbox"/> Y. Lisans <input type="checkbox"/> Doktora
Bölüm Adı		Okul No	
Sınıf		Kafkas Üniversitesi'ne Giriş Yılı	
Cep Tel No		Genel Not Ortalaması	

3- Eğitim ve Meslek Bilgileri

Bildiğiniz Bilgisayar Programları	
Önemli bulduğunuz diğer becerileriniz veya belirtmek istediğiniz özel nedenleriniz ve eklemek istediğiniz bilgiler.	

4- Aile Bilgileri

Anne Baba durumu	<input type="checkbox"/> Sağ ve Beraber	<input type="checkbox"/> Sağ ve Ayrılar	<input type="checkbox"/> Baba Vefat <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Anne Vefat
	<input type="checkbox"/> Şehit	<input type="checkbox"/> Gazi	<input type="checkbox"/> Engelli (.....)	
Ailedeki Fert Sayısı	Babanın Mesleği		Geliri (Aylık)	
Kardeş Sayısı	Annenin Mesleği		Geliri (Aylık)	
Okuyan Kardeş Sayısı	Ailenin Toplam Net Geliri (Aylık)			
Ailenin İkamet Ettiği Evin Durumu	<input type="checkbox"/> Kira <input type="checkbox"/> Kendi Eviniz <input type="checkbox"/> Yakınınızın <input type="checkbox"/> Diğer (.....)			
Ailenizin Size Gönderdiği Aylık Gelir		Aldığınız Bursların Adı	1-	
Aldığınız Bursların Toplamı			2-	
			3-	
Şu an Kaldığınız Yer	<input type="checkbox"/> Devlet Yurdu <input type="checkbox"/> Özel Yurt <input type="checkbox"/> Kira (.....TL) <input type="checkbox"/> Size Ait <input type="checkbox"/> Akraba Yanı <input type="checkbox"/> Diğer (.....)			
Kanun Kapsamında Aile Yardımı	<input type="checkbox"/> Alıyor <input type="checkbox"/> Almıyor			
SGK'ya bağlı Sağlık hizmetlerinden faydalanıyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır			

Çalışmak istediğiniz yeri ve burada tanımlanan işlerden talip olduğunuz pozisyonu açık ve net bir şekilde belirtiniz (Birim/Anabilim Dalı/ Kütüphane/Laboratuar vb.)

- 1- Gerçeğe Aykırı Bilgi Verenler İşe Alınsalar Dahi İşten Çıkarılacaklardır
- 2- Bu Formu Doldurmak ve SKS Daire Başkanlığı'nı Hiçbir Taahhüt Altına Sokmaz

Formda belirttiğim tüm bilgilerin doğruluğunu kabul ve taahhüt ederim.

Tarih

İmza

Bu Bölüm Birimi Sorumlusu Tarafından Doldurulacaktır.

Uygundur

...../...../.....

Birim Sorumlusu