

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TÜRKİYE İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ KURUMU
MÜFETTİŞ YARDIMCILIĞI BAŞVURU FORMU

| A-KİMLİK BİLGİLERİNİZ | | | | | Fotoğraf |
|--|---------------------------------|---|----------------------------------|---|------------------------------|
| T.C. Kimlik No: | | | | | |
| Adı: | Soyadı : | Baba Adı: | | | |
| Anne Adı: | Kızlık Soyadı: | Doğum Tarihi: (Gün/Ay/Yıl) | | | |
| Cinsiyeti: Erkek () Kadın () | Doğum Yeri : (İl / İlçe): |/...../..... | | | |
| Nüfusa Kayıtlı Olduğu: | | | | | |
| İl: | İlçe: | Mahalle: | Cilt No: | Aile S.No: | Sıra No: |
| Verildiği Nüfus Dairesi: | Veriliş Nedeni: | Veriliş Tarihi: | Cüzdan K. No: | Seri No: | |
| B- TAHSİL DURUMUNUZ | | | | C- ADLİ SİCİL VE ARŞİV KAYDINIZIN OLUP OLMADIĞI | |
| Eğitim Durumunuz | Mezun Olduğunuz Okulun Adı | Giriş Tarihi | Mezuniyet Tarihi | VAR | YOK |
| | | | | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| SGK'YA YATMIŞ PRİMİNİZ VAR MI, VARSA TOPLAM KAÇ GÜNDÜR? gündür. | | | | | |
| Ç- ASKERLİK DURUMUNUZ | | | D- TEBLİGAT ADRESİNİZ | | |
| Askerlik Durumu | Askerliğe Sevk ve Terhis Tarihi | Tecilli ise Hangi Tarihe Kadar Tecilli Olduğu | MERNİS'ten sorgulanacaktır. | | |
| YAPTI <input type="checkbox"/> YAPMADI <input type="checkbox"/> | | | TELEFON: EV : İŞ : CEP: | | |
| E-HERHANGİ BİR KURUMDAN EMEKLİ OLDUNUZ MU, EMEKLİYSENİZ NEREDEN? | | | | | |
| EYET <input type="checkbox"/> | HAYIR <input type="checkbox"/> | | | | |
| F-AKIL VE RUH SAĞLIĞI YÖNÜNDEN MEMUR OLMANIZA ENGEL DURUMUNUZUN OLUP OLMADIĞI | | | | | |
| VAR <input type="checkbox"/> | Açıklama; | | | | YOK <input type="checkbox"/> |
| G-HALEN BİR KAMU KURUMUNDA 657 KANUNUN 4/A MADDESİNE GÖRE KADROLU ÇALIŞIYOR MUSUNUZ? | | | | | |
| EYET <input type="checkbox"/> | HAYIR <input type="checkbox"/> | | | | |
| Hangi Kurum/Birim/Sicil No | | | | | |
| Ğ-HERHANGİ BİR KAMU KURUMUNDA KADROLU ÇALIŞMAKTA İKEN İSTİFA VEYA MÜSTAFİ SAYILDINIZ MI? | | | | | |
| EYET <input type="checkbox"/> | HAYIR <input type="checkbox"/> | | | | |
| İstifa/Müstafi Tarihi: | | | | | |

Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu tarafından 14/12/2019 tarihinde yazılı kısmı, 03-04/02/2020 tarihinde sözlü kısmı gerçekleştirilen Müfettiş Yardımcılığı sınavı sonuçlarına göre Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumuna Müfettiş Yardımcısı unvanında yerleştirildim. İlan metnindeki şartlara uygun olarak başvurduğumu, Kurumunuzca yayımlanan duyurunun tamamını okuduğumu ve Atama Başvuru Formunu gerçeğe uygun olarak doldurduğumu; Formda yazdığım bilgilerin doğruluğunu ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 48 nci maddesinde aranan genel şartları taşıdığımı, gerçeğe aykırı beyanda bulunduğum takdirde atamamın yapılmayacağını, atamamın yapılmış ve göreve başlatılmış olsam dahi atamamın iptal edileceğini, aksi takdirde Türk Ceza Kanununun ilgili hükümlerinin uygulanacağını, bir bedel ödenmiş ise bu bedelin yasal faizi ile birlikte tazmin edileceğini biliyor, taahhüt ediyorum ve sorumluluğumu kabul ediyorum.

İmza:

Adı Soyadı:

Tarih:

e-posta:@.....

Not: Bu Başvuru Formu 03/04/2012 tarihli ve 28253 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren Yönetmeliğe göre hazırlanmıştır.