

# İş Başvuru Formu

## 1. Kişisel Bilgiler

- Adı Soyadı:
- Cinsiyet:  Erkek  Kadın
- Doğum Tarihi:
- Uyruğu:
- Medeni Durumu:  Bekar  Evli  Diğer
- Varsa Çocuk Sayısı:  Evet  Hayır; Çocuk Sayısı: \_\_
- Adres:
- İletişim Numaraları:
- E-posta Adresi:
- Sosyal Güvenlik Numarası:
- Sürücü Belgesi:  Var  Yok; Varsa sınıfı ve veriliş tarihi:

## 2. Eğitim Durumu

Eğitim Seviyesi	Okul Adı	Bölüm	Başlangıç Tarihi	Bitiş Tarihi	Mezuniyet Derecesi
İlkokul					
Lise					
Lisans					
Yüksek Lisans					
Diğer Eğitimler					

### 3. Yabancı Dil Bilgisi

Dil	Okuma	Yazma	Konuşma
	<input type="checkbox"/> Temel <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> İyi	<input type="checkbox"/> Temel <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> İyi	<input type="checkbox"/> Temel <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> İyi
	<input type="checkbox"/> Temel <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> İyi	<input type="checkbox"/> Temel <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> İyi	<input type="checkbox"/> Temel <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> İyi

### 4. Bilgisayar Bilgisi

Program / Yazılım	Bilgi Seviyesi
Microsoft Excel	<input type="checkbox"/> Temel <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> İleri
Microsoft Word	<input type="checkbox"/> Temel <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> İleri
PowerPoint	<input type="checkbox"/> Temel <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> İleri
Diğer	<input type="checkbox"/> Temel <input type="checkbox"/> Orta <input type="checkbox"/> İleri

### 5. İş Deneyimi (Son çalıştığınız yerden başlayarak)

İş Yeri Adı	Görev / Bölüm	Başlangıç Tarihi	Bitiş Tarihi	Ayrılma Nedeni

### 6. Ek Sertifikalar, Kurslar ve Ödüller

Kurs Adı	Kurum	Süre	Tamamlanma Tarihi

## 7. Referanslar

Adı Soyadı	Pozisyon / Ünvan	Çalıştığı Kurum	Telefon Numarası

## 8. Pozisyon Bilgileri

- Başvurulan Pozisyon:
- Beklenen Ücret:
- En Erken Başlayabileceğiniz Tarih:
- İkamet Değiştirebilir misiniz?:  Evet  Hayır
- Vardiyalı Çalışabilir misiniz?:  Evet  Hayır
- Fazla Mesai Yapabilir misiniz?:  Evet  Hayır

## 9. Ek Bilgiler

- Sağlık sorunuz ya da fiziksel bir engeliniz var mı?  Evet  Hayır (Varsa belirtiniz):
- Sigara kullanıyor musunuz?  Evet  Hayır
- Alkol kullanıyor musunuz?  Evet  Hayır
- Sabıka kaydınız var mı?  Evet  Hayır (Varsa belirtiniz):
- Hobileriniz / İlgi Alanlarınız:
- Üye olduğunuz Dernek veya Kuruluşlar:

Aşağıdaki imza ile verdiğim bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu onaylıyorum.

Tarih: \_\_\_ / \_\_\_ / 2024

İsim Soyisim:

TC Kimlik Numarası:

İmza: \_\_\_\_\_