

Kodu: SÇ.FR.04

Yayın Tarihi: 16.02.2024

Rev. Tarihi: -

Rev. No: -

Sayfa Sayısı: 1 / 2

BAŞVURU TARİHİ / /

ÖNEMLİDİR

- 1- Bu formu kendi el yazınızla doldurup imzalayınız.
- 2- Bütün soruları dikkatle ve eksiksiz olarak cevaplayınız.

BAŞVURULAN BÖLÜM – POZİSYON

KİŞİSEL BİLGİLER:

Adınız, Soyadınız :
Doğum Yılı : Medeni Haliniz :
İkamet Adresiniz (il/ilçe Belirtilmelidir) : E-mail adresiniz :
Ev Telefonunuz : Asker Durumunuz: Yapıldı Tecilli Muaf
Cep Telefonunuz : Tecilli İseniz Tecil Tarihi:
Ulaşamadığında : Ehliyetiniz Var mı? Evet Hayır Sınıfı :
Sigara Kullanıyor Musunuz? : Evet Hayır Uyuşunuz : Cinsiyet : Kadın Erkek
Herhangi Bir Sağlık Probleminiz Var mı? / Varsa Lütfen Açıklayınız:
Şirketimizde Çalışan Yakınınız Var mı? : Evet Hayır Evet İse Adı, Soyadı ve Bölümü :
Daha Önce Şirketimizin Tarafından Görüşmeye Davet Edildiniz mi? Evet Hayır Evet İse Pozisyon:

EĞİTİM DURUMUNUZ	OKUL ADI / BÖLÜM	MEZUNİYET TARİHİ	DERECENİZ
DOKTORA			
YÜKSEK LİSANS			
LİSANS			
ÖN LİSANS			
LİSE			
ORTAOKUL			

BİLGİSAYAR BİLGİSİ / PROGRAM BİLGİLERİNİZ	ÇOK İYİ	İYİ	ORTA	BAŞLANGIÇ
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

YABANCI DİL BİLGİSİ / DÜZEYİ	ÇOK İYİ	İYİ	ORTA	BAŞLANGIÇ
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Kodu: SÇ.FR.04

Yayın Tarihi: 16.02.2024

Rev. Tarihi: -

Rev. No: -

Sayfa Sayısı: 2 / 2

İŞ / STAJ DENEYİM – KURUM ADI	BÖLÜM / UNVAN	ÇALIŞTIĞINIZ TARİH ARALIĞI	AYRILMA SEBEBİ
KURS / SEMİNER / SERTİFİKA	ALINAN TARİH	VEREN KURUM	SÜRE

REFERANSLARINIZ (DAHA ÖNCE ÇALIŞTIĞINIZ YÖNETİCİLERİNİZDEN 3 KİŞİYİ BELİRTİNİZ.)

ADI – SOYADI	TELEFON	ÇALIŞTIĞI KURUM	BİRLİKTE ÇALIŞMA SÜRENİZ

ŞU AN ÇALIŞMAKTA OLDUĞUNUZ YER: DEĞİŞİKLİK İSTEME NEDENİNİZ:
SON İŞ YERİNİZDEN ALDIĞINIZ ÜCRET: -TL TALEP ETTİĞİNİZ ÜCRET -TL
GEREKTEĞİNDE FAZLA MESAI YAPABİLİR MİSİNİZ? EVET HAYIR
GECE VARDİYASINDA ÇALIŞIR MİSİNİZ? EVET HAYIR
RESMİ TATİLDE ÇALIŞABİLİR MİSİNİZ? EVET HAYIR

Yukarıdaki tüm bilgilerin eksiksiz ve doğru olduğunu, zaman içerisinde değişecek olan bilgileri en geç 10 (on) gün içerisinde yazılı olarak bildireceğimi, gerçek dışı veya eksik bir beyanıyla işe alınmış bulunduğumun anlaşılması halinde herhangi bir ihbar ve tazminata gerek olmaksızın işime son verileceğini ve bundan dolayı herhangi bir takip talep ve iddiada bulunmayacağımı kabul, beyan ve taahhüt ederim.

İşbu iş başvuru formu ile paylaştığınız kişisel bilgileriniz ÖZEL ŞAFAK TIP MERKEZİ ARNAVUTKÖY ("GONCAGÜL SAĞLIK HİZMETLERİ TİCARET LİMİTED ŞİRKETİ") tarafından, iş başvurunuzu değerlendirebilmek amacı ile 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu uyarınca "veri sorumlusu" sıfatıyla işlenecektir. Ayrıca Şirketimiz tarafından gerekli görülmesi halinde, bilgilerinizi paylaştığınız referansınız/larınız ve eski çalıştığınız işyeri/leri ile iletişime geçilerek, gerekli görülen kişisel verileriniz toplanabilecektir. İşbu onay metnini imzalayarak, ilgili kişiler ile iletişime geçmemize ve gerekli olan kişisel verilerinizi işlememize onay vermiş olacaksınız.

Kişisel verileriniz, uygun pozisyon olması halinde değerlendirilmek üzere iştirak şirketlerimizle paylaşılabilir. Kişisel verileriniz, işbu başvuru formunun doldurulmasından itibaren 3 yıl içinde silinecektir.

ADI SOYADI

İMZA

TARİH