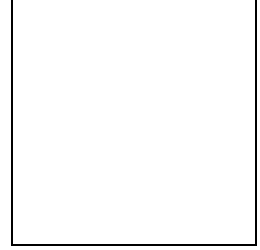


Başvuru Tarihi :

Başvurulan Pozisyon :

**1. KİŞİSEL BİLGİLER**

Adınız		Doğum yeriniz	
Soyadınız		Doğum tarihiniz	
Cinsiyetiniz	Kadın <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/>	E-posta adresiniz	@
Uyruğunuz	TC <input type="checkbox"/> Diğer	T.C. No	
Ev telefonu		Cep telefonu	
İkametgâh adresiniz			
Medeni durumunuz	Evli <input type="checkbox"/> Bekâr <input type="checkbox"/>	Eşinizin mesleği	
Kan grubunuz		Çocuk sayısı	
Bakmaya yükümlü olduğunuz kişiler			
Tetanoz aşınız var mı?	Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/>	Boy / Kilo	/

2. EĞİTİM BİLGİLERİ

	Okul Adı	Bölümü	Başlangıç Tarihi	Bitiş Tarihi	Mezuniyet Derecesi
İlköğretim					
Lise					
Ön Lisans					
Lisans					
Y. Lisans					
Doktora					

3. YABANCI DİL BİLGİSİ

Dil	Okuma			Yazma			Konuşma		
	Orta	İyi	Çok iyi	Orta	İyi	Çok iyi	Orta	İyi	Çok iyi
1-									
2-									
3-									

4. BİLGİSAYAR BİLGİSİ

Program	Çok İyi	İyi	Orta	Az
Excel				
Word				
Power Point				
AutoCAD				
Diğer				

5. İŞ TECRÜBESİ (Sondan başa doğru)

Firma/Kurum Adı	Göreviniz	Giriş Tarihi	Çıkış Tarihi	Ayrılma Sebebi	Aldığınız Ücret (Net/Brüt)

6. KATILDIĞINIZ KURS / SEMİNER/ SERTİFİKA / ÖDÜL ve TAKDİRLER

Konu	Kurum	Süre	Tarih

7. KULLANDIĞINIZ MAKİNE-EKİPMAN VE CİHAZ

BÜRO	SANAYİ	DİĞER

7. ÜYE OLDUĞUNUZ DERNEK ve KURULUŞLAR

--

8. HOBİLERİNİZ

--

9.REFERANSLAR (Çalıştığınız Yerlerde Yönetici / Sorumlu / Amir Pozisyonunda Olan Kişiler)

Adı, Soyadı	Çalıştığı Kurum	Görevi	Telefon Numarası

10. ÜCRET BEKLENTİNİZ

Brüt	Net

11. DİĞER BİLGİLER

Herhangi bir sağlık probleminiz var mı?	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Varsa Açıklayınız:		
Mahkûmiyet durumunuz var mı?	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Varsa Açıklayınız:		
Bedensel engel durumunuz var mı?	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Varsa Açıklayınız:		
Seyahat engeliniz var mı?	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Varsa Açıklayınız:		
Vardiyalı çalışır mısınız?	Hayır <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/>		
Firmamızdan nasıl haberdar oldunuz?	İnternet yolu ile <input type="checkbox"/> Gazete yolu ile <input type="checkbox"/> Tanıdık yolu ile <input type="checkbox"/>		
Çalışma durumu	Çalışıyorum <input type="checkbox"/> Çalışmıyorum <input type="checkbox"/>		
Askerlik durumunuz	Tamamlandı <input type="checkbox"/> Muaf <input type="checkbox"/> Tecilli <input type="checkbox"/>		
Sürücü belgeniz var mı?	B <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>		
Sigara kullanıyor musunuz?	<input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet		
Size ulaşamadığımızda haber verilecek kişinin;	Adı-Soyadı	Yakınlığı	Telefonu

İşe Başlayabileceğiniz Tarih	ADI	SOYADI	TARİH	İMZA

Yukarıda vermiş olduğum bilgilerin eksiksiz ve doğru olduğunu beyan ederim.

12. DEĞERLENDİRME (Bu Bölüm ÇETİN ELEKTRİK tarafından Doldurulacak)

Görüşmeyi Yapan	
Yetkili Görüşleri	