|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **BEYAN FORMU**  **(EKPSS)** | | | | |
| **Atanmaya Hak Kazandığı Ünvan** |  | | |
| **T.C. Kimlik No** |  | | |
| **Adı Soyadı** |  | | |
| **Askerlik Durumu**  (Erkek Adaylar İçin) |  | Askerliğimi yaptım | |
|  | Halen askerim (Muhtemel terhis tarihi ……./……./…….) | |
|  | |  | | --- | | Askerliğimi yapmadım :   Tecilli (Tecil tarihi :……/……./……....)  Muaf | | |
| 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu’nun 4/A maddesine göre Kadrolu Memur olarak herhangi bir kurumda çalışıp çalışmadığı durumu. |  | Herhangi bir kamu kurumunda 657 sayılı DMK’nun 4/A maddesine göre kadrolu memur olarak çalışıyorum. *(Bu seçeneği işaretleyen adayların, çalıştıkları kurumdan alacakları görev yaptıklarına ilişkin belgeyi de eklemesi gerekmektedir.)* Kurumu: Görevi: Özlük No: | |
|  | Herhangi bir kamu kurumunda 657 sayılı DMK’nun 4/A maddesine göre kadrolu memur olarak çalışmıyorum. | |
| Herhangi bir kamu kurumunda 657 sayılı DMK’nun 4/B maddesine göre sözleşmeli personel olarak herhangi bir kurumda çalışıp çalışmadığı durumu. |  | Herhangi bir kamu kurumunda 657 sayılı DMK’nun 4/B maddesine göre sözleşmeli personel olarak çalışıyorum. *(Bu seçeneği işaretleyen adayların, çalıştıkları kurumdan alacakları görev yaptıklarına ilişkin belgeyi de eklemesi gerekmektedir.)* Kurumu: Görevi: Özlük No: | |
|  | Herhangi bir kamu kurumunda 657 sayılı DMK’nun 4/B maddesine göre sözleşmeli personel olarak çalışmıyorum. | |
| 5335 sayılı Kanun’un 30 uncu maddesi hükmüne göre herhangi bir sosyal güvenlik kurumundan emeklilik veya yaşlılık aylığı alıp almama durumu. |  | 5335 sayılı Kanun’un 30 uncu maddesi hükmüne göre herhangi bir sosyal güvenlik kurumundan emeklilik veya yaşlılık aylığı alıyorum. *(Bu seçeneği işaretleyen adayların, Sosyal Güvenlik Kurumdan alacakları emekli olduklarına ilişkin belgeyi de eklemesi gerekmektedir.)* | |
|  | 5335 sayılı Kanun’un 30 uncu maddesi hükmüne göre herhangi bir sosyal güvenlik kurumundan emeklilik veya yaşlılık aylığı almıyorum. | |
| **İrtibat Telefon Numarası** | **(Cep no) -1:** | | **(Cep no) -2:** |
| **İrtibat Adresi** |  | | |
| **e-mail adresi** |  | | |
| **Tarih** |  | | |
| **İmza** |  | | |
| **Açıklamalar :** | | | | |
| \* Formu, bilgisayarla doldurabileceğiniz gibi, okunaklı olmak kaydıyla el ile de doldurabilirsiniz. | | | | |