	İŞ BAŞVURU FORMU				
	DOKÜMAN NO	YAYIN TARİHİ	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA NO
	SÇ.İK.FR.10	01.04.2026	--	00	1/4

Bu form, başvurulan görevin gerektirdiği eğitim, deneyim, mesleki yetkinlik ve çalışma koşullarına uygunluğun değerlendirilmesi amacıyla doldurulur. Lütfen bilgileri eksiksiz ve okunaklı yazınız.

Başvuru Tarihi		Başvuru No	
Başvurulan Görev / Birim		Beklenen Ücret	
Çalışmaya Başlayabileceği Tarih		Başvuru Kaynağı	☐ İlan ☐ Kariyer Sitesi ☐ Referans ☐ Diğer: _____

1. KİŞİSEL VE İLETİŞİM BİLGİLERİ

Adı Soyadı		T.C. Kimlik No / Yabancı Kimlik No	
Doğum Yeri		Doğum Tarihi	
Cep Telefonu		E-posta	
İkamet Adresi			
Askerlik Durumu (uygunsa)	☐ Tamamlandı ☐ Tecilli ☐ Muaf	Sürücü Belgesi	Sınıfı: _____ ☐ Yok
Acil Durumda Ulaşılacak Kişi		Yakınlığı / Telefonu	

2. EĞİTİM BİLGİLERİ

Eğitim Düzeyi	Okul / Kurum	Bölüm / Program	Mezuniyet Yılı	Durumu
Lise				☐ Mezun ☐ Devam
Ön Lisans				☐ Mezun ☐ Devam
Lisans				☐ Mezun ☐ Devam
Lisansüstü				☐ Mezun ☐ Devam

3. MESLEKİ BELGE VE YETKİNLİKLER

Belge / Yetki / Sertifika	Belge No	Veren Kurum	Geçerlilik Tarihi
Diploma / Mezuniyet Belgesi			
Mesleki Yetki / Tescil Belgesi			
Sertifika 1			
Sertifika 2			

Sağlık meslek mensupları için görevin gerektirdiği diploma, tescil, çalışma belgesi ve diğer mesleki yetki belgeleri işe alım öncesinde doğrulanır.

4. YABANCI DİL VE BİLGİSAYAR BECERİLERİ

Yabancı Dil	Konuşma	Okuma	Yazma	Belge / Puan
	☐ Başlangıç ☐ Orta ☐ İyi	☐ Başlangıç ☐ Orta ☐ İyi	☐ Başlangıç ☐ Orta ☐ İyi	
	☐ Başlangıç ☐ Orta ☐ İyi	☐ Başlangıç ☐ Orta ☐ İyi	☐ Başlangıç ☐ Orta ☐ İyi	

Bilgisayar Programı / Hastane/Sağlık Bilgi Sistemi	Kullanım Düzeyi
	☐ Başlangıç ☐ Orta ☐ İyi
	☐ Başlangıç ☐ Orta ☐ İyi

5. İŞ DENEYİMİ

İşveren / Kurum	Görev / Birim	Başlangıç - Bitiş	Ayrılma Nedeni	Son Ücret

6. GÖREVE UYGUNLUK VE ÇALIŞMA KOŞULLARI

Soru	Yanıt
Vardiyalı çalışabilir misiniz?	☐ Evet ☐ Hayır Açıklama: _____
Hafta sonu / resmî tatil çalışmasına uygun musunuz?	☐ Evet ☐ Hayır Açıklama: _____
Görevin gerektirmesi halinde fazla çalışma yapabilir misiniz?	☐ Evet ☐ Hayır
Daha önce sağlık kuruluşunda çalıştınız mı?	☐ Evet ☐ Hayır Kurum / Görev: _____
İşin güvenli yürütülmesi için çalışma ortamında düzenleme veya desteğe ihtiyaç duyuyor musunuz?	☐ Hayır ☐ Evet (İşe giriş değerlendirmesinde İnsan Kaynakları ile görüşülecektir.)
Başka bir kurumla devam eden çalışma veya hizmet ilişkiniz var mı?	☐ Hayır ☐ Evet Açıklama: _____
Başvurulan görevle ilgili çıkar çatışması oluşturabilecek bir durum var mı?	☐ Hayır ☐ Evet Açıklama: _____

Sağlık durumuna ilişkin ayrıntılı tanı veya özel nitelikli kişisel veri bu forma yazılmaz. İşe uygunluk ve gerekli işyeri düzenlemeleri, mevzuata uygun işe giriş sağlık değerlendirmesi kapsamında ele alınır.

7. MESLEKİ YETKİNLİK VE KISA DEĞERLENDİRME

Başvurduğunuz görevle ilgili güçlü yönlerinizi ve deneyiminizi kısaca belirtiniz.
Mesleki gelişiminiz için aldığınız eğitimleri ve geliştirmek istediğiniz alanları belirtiniz.

8. REFERANSLAR

Adı Soyadı	Kurum / Görev	Telefon / E-posta	İletişim İzni
			☐ Var ☐ Yok
			☐ Var ☐ Yok

Akraba olmayan ve mesleki çalışma ilişkinizi değerlendirebilecek kişiler yazılmalıdır. Referanslarla yalnızca başvuru sahibinin açık onayı doğrultusunda iletişim kurulur.

9. BAŞVURU SAHİBİNİN BEYANI

Bu formda verdiğim bilgilerin doğru ve eksiksiz olduğunu; işe alım sürecinde sunduğum diploma, sertifika, izin ve diğer belgelerin doğrulanabileceğini kabul ederim. Gerçeğe aykırı veya eksik bilgi verilmesinin başvurunun değerlendirme dışı bırakılmasına ya da işe alım gerçekleşmişse ilgili mevzuat ve kurum kuralları çerçevesinde işlem yapılmasına neden olabileceğini biliyorum. Bu başvurunun tek başına işe alınma taahhüdü oluşturmadığını kabul ederim.

Başvuru Sahibinin Adı Soyadı	Tarih	İmza

10. KİŞİSEL VERİLERİN İŞLENMESİNE İLİŞKİN BİLGİLENDİRME

Başvuru kapsamında paylaşılan kişisel veriler; aday değerlendirme, iletişim, mesleki yeterlilik ve belge doğrulama, işe alım süreçlerinin yürütülmesi ve yasal yükümlülüklerin yerine getirilmesi amaçlarıyla, ilgili mevzuata ve kurumun kişisel veri işleme kurallarına uygun olarak işlenir. Veriler yalnızca yetkili kişiler tarafından erişilebilir şekilde korunur; hukuki yükümlülük veya yetkili makam talebi dışında amacı aşan biçimde paylaşılmaz. İşe alınmayan adaylara ait kayıtlar, kurumun belirlediği saklama süresi sonunda güvenli şekilde imha edilir. Başvuru sahibi, kişisel verilerine ilişkin haklarını kurumun ilan ettiği başvuru kanalları üzerinden kullanabilir.

Aydınlatma metnini okudum ve bilgi edindim.	Adı Soyadı: _____ Tarih: _____ İmza: _____

11. İNSAN KAYNAKLARI VE BİRİM DEĞERLENDİRMESİ

Bu bölüm başvuru sahibi tarafından doldurulmaz.

Ön Değerlendirme Ölçütü	Uygun	Kısmen Uygun	Uygun Değil	Açıklama
Eğitim ve mezuniyet şartı	☐	☐	☐	
Mesleki yetki / belge yeterliliği	☐	☐	☐	
Görev deneyimi	☐	☐	☐	
Göreve özgü bilgi ve beceri	☐	☐	☐	
İletişim ve ekip çalışması	☐	☐	☐	
Çalışma koşullarına uygunluk	☐	☐	☐	
Referans değerlendirmesi	☐	☐	☐	

GÖRÜŞME NOTLARI

BELGE KONTROLÜ

Belge	Var	Yok	Uygulanamaz	Doğrulayan / Tarih
Kimlik belgesi	☐	☐	☐	
Diploma / mezuniyet belgesi	☐	☐	☐	
Mesleki tescil / çalışma belgesi	☐	☐	☐	
Göreve özgü sertifika / yetki belgesi	☐	☐	☐	
Referans kontrolü	☐	☐	☐	
Diğer: _____	☐	☐	☐	

DEĞERLENDİRME SONUCU

Sonuç	☐ Uygun ☐ Yedek Aday ☐ İkinci Görüşme ☐ Uygun Değil		
Önerilen Görev / Birim			
Planlanan Başlama Tarihi			
Ücret / Çalışma Şekli			
Açıklama			
Değerlendiren Birim Sorumlusu	**İnsan Kaynakları / İdari Birim**	**Onaylayan**	
Adı Soyadı: Tarih: İmza:	Adı Soyadı: Tarih: İmza:	Adı Soyadı: Tarih: İmza:	