

GÜVENLİK SORUŞTURMASI FORMU

Adı Soyadı(*)		Fotoğraf
Uyruğu		
TCKN		
İkamet Adresi ve İrtibat Bilgileri (e-mail/tel.no.)		

Öğrenim Durumu	En Son Mezun Olduğu Okulun Adı ve Yeri	Giriş Tarihi	Mezuniyet Tarihi	Ayrılma Nedeni(**)
Çalıştığı İşyeri	En Son Çalıştığı İşyeri Ünvanı ve Adresi			Çalışma Süresi
				.../.../...'den .../.../...'e kadar
Aileye Dair Bilgiler		Adı Soyadı	Adresi ve İrtibat Bilgileri (Yaşayanların)	TCKN
	Babasının			
	Annesinin			
	Velisinin (Ask. Öğ. İçin)			
	Eşinin			
	Kardeş 1			
	Kardeş 2 (***)			
	18 Yaşından Büyük Çocukların			
Askerlik Durumu	Bağlama Tarihi	Terhis Tarihi	Cezaları	Birliğin Adı ve Yeri

Hakkınızda verilmiş bulunan mahkûmiyet kararı veya halen devam eden ceza davası var mıdır?
VAR () YOK ()

KENDİSİ VEYA YAKIN AKRABALARIYLA İLGİLİ BELİRTİLMESİNDE FAYDA GÖRÜLEN DİĞER HUSUSLAR	
<i>(Ceza Davasına Konu Olup Olmadığı, Mahkûmiyet Hükümünün Bulunup Bulunmadığı, Çifte Vatandaşlık Durumu vb.)</i>	
YUKARIDAKİ BİLGİLERİN DORU OLDUĞUNU BEYAN EDERİM.	
Şahsın İmzası	
UYARI	
-Form, nüfus bilgilerinde kısaltma yapılmadan doğru ve eksiksiz doldurulur.	
-(*) Adı ve/veya soyadı değişenler değişiklikten önceki ad/soyadını da belirtirler.	
-(**) Okuldan ayrılma nedeni olarak, "Mezuniyet, Tasdikname vb." yazılacak ancak tasdikname alma gerekçesi belirtilecektir.	
-(***) Kardeş sayısı ikiden fazla ise diğer kardeşlere ilişkin bilgiler ayrıca eklenir.	



T.C.
ADALET BAKANLIĞI

SAĞLIK BEYANI FORMU (EK-3)

Sağlık Sorunu	Yok <input type="checkbox"/>	Hastalığı (Varsa)	
	Var <input type="checkbox"/>		
Engellilik Durumu	Yok <input type="checkbox"/>	Engel Grubu (Varsa)	
	Var <input type="checkbox"/>	Engel Oranı (Varsa)	
Askerlik Durumu	YAPTI <input type="checkbox"/>	-	
	TECİLLİ <input type="checkbox"/>	Tecil Tarihi	
	MUAF <input type="checkbox"/>	Muafiyet Sebebi (Muafiyete ilişkin hastalığın tanısı açıkça belirtilecektir.)	
İLGİLİ MAKAMA			
<p>İlgili yönetmelik hükümleri kapsamında yapılacak personel istihdamına ilişkin ilanda belirtilen şartlara elverişli olduğumu ve görevimi sürekli yapmama engel olabilecek hastalık veya engelim bulduğumu/bulunmadığımı beyan ederim./...../2023</p> <p>(Not: Bu belge imzalandıktan sonra pdf formatına dönüştürülecektir. Sisteme pdf formatı eklenecektir. Belge aslı aday tarafından muhafaza edilecektir. Sınavı kazananlardan bu belgeleri asılları talep edilecektir.)</p>			
Adı Soyadı		İmza	
T.C. Kimlik Numarası			



T.C.
ADALET BAKANLIğI

UYGULAMALI SINAVDA KULLANILMAK İSTENİLEN F VEYA Q KLAVYE TÜRÜNE İLİŞKİN
TERCİH BEYANI (EK-4)

Uygulama Sınavında Kullanılmak İstenilen Klavye Türü	F KLAVYE	<input type="checkbox"/>
	Q KLAVYE	<input type="checkbox"/>

İLGİLİ MAKAMA

İlgili yönetmelik hükümleri kapsamında başvurmuş olduğum zabıt kâtabi personel istihdamında, yapılacak klavye uygulama sınavına hak kazanmam durumunda tercih ettiğim klavye türünü beyan ederim.
...../...../2023

(Not: Bu belge imzalandıktan sonra pdf formatına dönüştürülecektir. Sisteme pdf formatı eklenecektir. Belge aslı aday tarafından muhafaza edilecektir. Sınavı kazananlardan bu belgelerin asılları talep edilecektir.)

Adı Soyadı		İmza	
T.C. Kimlik Numarası			