



ESKİŞEHİR
ORGANİZE
SANAYİ BÖLGESİ

İŞ BAŞVURU VE BİLGİ FORMU

İSTEDİĞİNİZ GÖREV -- İHTİSAS

Paramedik / Hemşire

KİMLİK BİLGİLERİ

Adınız, Soyadınız

CANDAN SÖKER

T.C. Kimlik No

166 310 61532

e-mail Adresiniz

candan_96333@hotmail.com

Doğum Tarihiniz

18.10.1996

Cinsiyetiniz

Erkek ()

Kadın (X)

Uyruğunuz : TC

Diğer :

Telefon No

0543 241 6744

Askerlik Durumunuz

Tamamlandı

Tecilli

Muaf

Terhis Yılı

Tarih

Muafiyet Nedeni

Çalışma Durumu

Normal Çalışan (X)

Emekli ()

ÖĞRENİM BİLGİLERİ

Okul Adı

Bölümü

Mezuniyet Yılı

ESOĞU Sağlık Hiz. Mes. Y. O.

Paramedik

2016

Nursiyer Gülerce A.S. m.ç

Hemşire

2014

BİLGİSAYAR BİLGİSİ

YABANCI DİL BİLGİLERİ

Program

Çok İyi

İyi

Orta

Az

Yabancı Dil

Çok İyi

İyi

Orta

Az

Microsoft Office

İyi

1) İngilizce

Maddatlar (Hastane Stomasyon)

2)

İŞ TECRÜBESİ VEYA YAPILAN STAJ BİLGİLERİ

(En son işyerinden başlayarak geriye doğru yazınız)

İşyeri Ünvanı

Göreviniz

Giriş ve Ayrılış Tarihi / Sebebi

Telefon Numarası

Özel Gülrişe Hospital

Hemşire

Ağustos 2018 - Devam

Fizyoterapi Fizik Tedavi Merkezi

Hemşire

Halen Çalışıyorsanız Ayrılmak İstemenizin Sebebi :

KATILDIĞINIZ EĞİTİMLER / KURSLAR

Eğitim veren Kuruluşun Adı

Eğitim Konusu

Hangi Tarihler Arasında

Süresi (Saat)

Geçerlilik zamanı var ise Süresi

İş sağlığı ve güvenliği

Özel Gülrişe Hospital

-

-

-

Fotograf

DİĞER ÖZEL BİLGİLER

Sürücü Belgeniz Var mı?	Evet (<input checked="" type="checkbox"/>) Hayır ()	Varsa Sınıfı: B
Diğer Sürücü Belgeleri	Evet () Hayır (<input checked="" type="checkbox"/>)	Varsa Türü:
Sağlık Sorununuz Var mı?	Evet () Hayır (<input checked="" type="checkbox"/>)	Var ise Açıklayınız:
Engelli Sağlık Raporunuz Var mı?	Evet () Hayır (<input checked="" type="checkbox"/>)	Var ise; yüzdesi : (.....) ve raporun fotokopisini ekleyiniz.
Adli Sicil Kaydınız Var mı?	Evet () Hayır (<input checked="" type="checkbox"/>)	Var ise Adli sicil kaydınızı ekleyiniz.

BAŞVURU KAYNAĞI

Başvurunuz Kaynağınız	Genel Başvuru	İnternet/ Web Duyuru	İş Kurumu	Tanıdık Vasıtası	Sosyal Medya
EOSB Bölge Müdürlüğünde Çalışan Akrabanız ya da Yakınınız Var mı?		Var ise İsimleri	Yakınlık Derecesi	Çalıştıkları Kısım	
Evet (<input checked="" type="checkbox"/>) Hayır ()		İrem Yüzyeç	Arkadaş	EOSB Ambulans	

GÖREV VE ÜCRET TALEPLERİ

EOSB Bölge Müdürlüğünden Talep Ettiğiniz Net Ücret:

İş bu iş isteme formundaki sorulara verdiğim cevapların tam ve doğru olduğunu, zaman içerisinde değişecek olan bilgilerimi en geç 10 (on) gün içerisinde yazılı olarak bildireceğimi ve hakikat dışı veya eksik bir beyanım ile işe alınmış olduğumun anlaşılması halinde herhangi bir ihbar ve tazminata gerek olmaksızın işime son verileceğini ve bundan dolayı herhangi bir takip, talep ve iddiada bulunmayacağımı ve eksik veya hakikat dışında beyanım ile işe alınmamdan dolayı şirketin uğrayabileceği her türlü zarar ve ziyanı tazmin edeceğimi, EOSB KVKK Aydınlatma Metni'ni okuyup anladığımı kabul ve beyan ederim.

Tarih: 24.10.2018

İMZA

EOSB KVKK Aydınlatma Metni çerçevesinde EOSB'ne bıraktığım özgeçmişin www.eosb.org.tr sitesindeki İnsan Kaynakları bölümünde herkese açık bir şekilde yayınlanmasını talep ediyorum.

Bu Bölüm EOSB Yetkilileri Tarafından Doldurulacaktır.

	KARAR
<input checked="" type="checkbox"/> Aday Pozisyona uygun, koşullarda anlaşıldı, işbaşı yapabilir, üst yönetim onayına sunulacak.	
<input type="checkbox"/> Aday pozisyon için yeterli değil, ancak gelişime açık, yetenekli, değerlendirilebilir.	
<input type="checkbox"/> Aday Pozisyona uygun değil, başvurusu ret edildi.	

Birimi : Deneme Süresi :
Görevi : Sözleşme Süresi :
İşe Başlama Tarihi : Adı Soyadı :
Aylık Net Maaşı : Görevi :
İmza :

BARKOD