**NİĞDE İL MİLLİ EĞİTİM MÜDÜRLÜĞÜ  
SÖZLEŞMELİ PERSONEL (FİZYOTERAPİST/AŞÇI/AŞÇI YARDIMCISI) GÖREV YERİ TERCİH FORMU**(Bu form bilgisayar ortamında doldurulacaktır)

|  |  |
| --- | --- |
| Adı-Soyadı |  |
| T.C. Kimlik No |  |
| Yerleştirildiği Pozisyon (Aşçı/Aşçı Yardımcısı/Fizyoterapist) |  |
| Telefonu |  |
| İkamet Adresi |  |
| Tercihlerime Yerleştirilemediğim Takdirde Tercih Dışı Atanmayı Kabul Ediyorum (Evet ya da Hayır yazınız) |  |

**TERCİHLER**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| S. N. | İLÇESİ | KURUM ADI |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |
| 9 |  |  |
| 10 |  |  |
| 11 |  |  |
| 12 |  |  |
| 13 |  |  |
| 14 |  |  |
| 15 |  |  |
| 16 |  |  |
| 17 |  |  |

Devlet Memurları Kanununun 4 üncü maddesinin (B) fıkrası kapsamında istihdam edilmek üzere, 06.06.1978 tarihli ve 7/15754 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile yürürlüğe konulan Sözleşmeli Personel Çalıştırılmasına İlişkin Esasların Ek 2 nci maddesinin birinci fıkrasının (b) bendine göre sözleşmeli personel olarak kurumunuza dağıtım yapılmak üzere yerleştirildim.

Herhangi bir sosyal güvenlik kurumdan emekli ve yaşlılık aylığı almadığımı, ayrıca olağanüstü hal kapsamında yürürlüğe konulan kanun hükmünde kararnamelerle kamu görevime son verilmediğini beyan ederim.

Tarih :

Adı-Soyadı :

İmza :