**Ek-2 Form**

**ARTVİN İL MÜFTÜLÜĞÜNE**

|  |  |
| --- | --- |
| **ADI ve SOYADI** | **………………………………………………………..** |
| **T.C KİMLİK NO** | ……………………………………………………….. |
| **BABA ADI** | ……………………………………………………….. |
| **DOĞUM YERİ VE TARİHİ** | ………………………… …/…/…… |
| **ÖĞRENİM DURUMU** |  **Mezun Olduğu Okulun Adı** ……………………………………….. | **Diploma** **Tarihi**…/…/…… |
| **Diploma No:**…………. |
| **HAFIZLIK DURUMU** | **Evet** **Hayır**☐ ☐ | **Belge Tarihi**…/…/…… | **Belge No:**……… |
| **4-6 yaş grubuna yönelik açılacak kurslar için en az 296 saat veya bunun üzerinde krediyi tamamlayanların çocuk eğitimi ile ilgili sertifika durumu.** | **Evet** **Hayır**☐ ☐ | **Belge Tarihi**…/…/…… | **Belge No:**……… |
| **BAŞVURDUĞU GÖREVİN UNVANI** |  **Geçici Kur’an Kursu Öğreticisi** |
| **GÖREV ALMAK İSTEDİĞİ İLÇE** |  |
| **2018 YILI KPSS (DHBT) PUANLARI** | **KPSSP122**…………. | **KPSSP123**…………. | **KPSSP124**…………. |
| **ASKERLİK DURUMU** **(Erkek adaylar için)** | **Yaptı**☐  | **Tecilli**☐  | **Muaf**☐  |
| **SABIKA KAYDI** | **Var** ☐  | **Yok**☐ |
| **ATANACAĞI GÖREVİ YAPMAYA SAĞLIK BAKIMINDAN ENGEL BİR DURUMU VAR MI** | **Var** ☐  | **Yok**☐ |
| **ADRESİ** |  |
| **TELEFON NO** |  |
| **E-MAİL** |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Yukarıdaki bilgiler tarafımdan doldurulmuş olup 29.01.2019 tarihinde yapılacak olanGeçici Kur’an Kursu Öğreticisi sözlü sınavına katılmak istiyorum.

Gereğini arz ederim.

 … /01/2019

 ADI SOYADI