|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adı Soyadı |  |  |
| Görev Yeri |  |  |
| Göreve Başlama Tarihi |  |  |
| Kurum Sicil Numarası |  |  |
| Cep Telefonu |  |  |
| İş Telefonu |  |  |
| E-posta Adresi |  |  |
| İletişim Adresi |  |  |
| Eğitim Durumu |  |  |
| İlköğretim | ( ) |  |
| Lise | ( ) |  |
| Lisans | ( ) |  |
| Yüksek Lisans | ( ) |  |
| Doktora | ( ) |  |
| Engel Durumunuz ve Yüzdesi Nedir |  |  |
| Sağlık Kurulu Raporunuz Var mı |  |  |
| Engeliniz ile ilgili olarak hangi alanda güçlük yaşıyorsunuz |  |  |
| Görevinizi dahi iyi yapabilmek için neye ihtiyaç duyuyorsunuz |  |  |
| Paylaşmak istediğiniz dilek ve temenniniz var mı |  |  |

**ENGELLİ PERSONEL FORMU**

Bilgileri eksiksiz tamamlamanız almak istediğiniz hizmet için önemlidir. Verdiğiniz bilgiler daha kaliteli bir iş hayatı sürdürebilmeniz için kullanılacaktır. İlginiz için teşekkür ederiz.