

KİMLİK BİLGİLERİ	<p>1. T.C. KİMLİK/Y.U. NUMARASI: <input type="text"/></p> <p>2. ADI: 3. SOYADI:</p> <p>4. BABA ADI: 5. ANNE ADI:</p> <p>6. DOĞUM TARİHİ: / / 7. CİNSİYET: <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kız Gün Ay Yıl</p> <p>8. DOĞUM YERİ: 9. NÜFUSA KAYITLI OLDUĞU İL/İLÇE:</p> <p>10. UYRUĞU: <input type="checkbox"/> T.C. <input type="checkbox"/> Mavi Kartlı <input type="checkbox"/> KKTC KKTC KİMLİK NUMARASI: <input type="text"/> Uyuşu KKTC olanlar dolduracaktır. <input type="checkbox"/> Yabancı Uyrukulular <input type="checkbox"/> 2527 Sayılı Kanun Kapsamında Bulunanlar</p>
İLETİŞİM BİLGİLERİ	<p>11. YAZIŞMA ADRESİ :</p> <p>ADRES İLİ : ADRES İLÇESİ :</p> <p>12. EV/İŞ TELEFON NO : <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> Ülke Alan Kodu İl Alan Kodu Telefon Numarası</p> <p>CEP TELEFON NO : <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/></p> <p>13. E-POSTA ADRESİ :</p>
ÖĞRENİM BİLGİLERİ	<p>14. ÖĞRENİM DURUMU : İlkokul <input type="checkbox"/> Ortaokul <input type="checkbox"/> İlköğretim <input type="checkbox"/> Özel Eğitim İş Uygulama Merkezi (Okulu) <input type="checkbox"/></p> <p>15. MEZUNİYET YILI :</p>
SINAVA İLİŞKİN BİLGİLER	<p>16. BİR KAMU KURUMUNDA ÇALIŞMA DURUMU : <input type="checkbox"/> Bir kamu kurumunda memur olarak çalışıyorum. <input type="checkbox"/> Bir kamu kurumunda sözleşmeli kamu personeli olarak çalışıyorum. <input type="checkbox"/> Bir kamu kurumunda işçi olarak çalışıyorum.</p> <p>17. KILAVUZ KOŞULLARINI OKUDUM, KABUL EDİYORUM. <input type="checkbox"/></p>
	<p>18. ŞEHİT/GAZİ YAKINLIK BİLGİSİ <input type="checkbox"/> ÖSYM Yönetim Kurulunun belirlediği Şehit/Gazi yakını ücret muafiyeti kapsamında Şehit/Gazi yakınlığınız varsa Aday İşlemleri Sistemi (AİS) PROFİLİM - Şehit/Gazi Yakınlık Bilgilerim menüsünden ya da ÖSYM Başvuru Merkezlerinden muafiyet bilgilerinizi sisteme kaydettikten sonra bu alanı işaretleyerek ücretsiz başvuru yapabilirsiniz.</p>
ENGEL DURUMU BİLGİLERİ	<p>19. SÜREKLİ ENGEL GRUBU VE ORANI Tam Vücut Engel Oranı (%) :</p> <p><input type="checkbox"/> İşitme (%) :</p> <p><input type="checkbox"/> Bedensel (Ortopedik) (%) :</p> <p><input type="checkbox"/> Görme (%) :</p> <p><input type="checkbox"/> Süreğen Hastalık (Kronik) (%) :</p> <p><input type="checkbox"/> Dil ve Konuşma Zorluğu (%) :</p> <p><input type="checkbox"/> Zihinsel (%) :</p> <p><input type="checkbox"/> Sınıflanamayan (%) : Açıklama :</p> <p>20. ÖZEL DURUMLAR <input type="checkbox"/> Yaygın Gelişimsel Bozukluk <input type="checkbox"/> Özgül Öğrenme Güçlüğü <input type="checkbox"/> CP Hastası <input type="checkbox"/> Ruhsal ve Duygusal <input type="checkbox"/> İlköğretime Başlama Yaşı Öncesi İşitme Engeli Edinmiş <input type="checkbox"/> Görme Sistemi, Göz Hastalıkları, Görme Bozukluğu vb. oranı %25 ve Üzeri</p>
	<p>21. İNTERNET ERİŞİM ŞİFRESİ İSTEĞİ : İNTERNET ERİŞİM ŞİFREMI UNUTTUM. YENİ ŞİFRE İSTİYORUM. <input type="checkbox"/></p>
İMZA	<p>22. ADAYIN İMZASI Aday Başvuru Formunda yazılan bütün bilgilerin doğru olduğunu bildiririm. Verdiğim bilgilerden herhangi birinin doğru olmadığı saptanırsa, bundan doğacak sonuçları kabul ederim.</p>