

Taşra Teşkilatı Personeli İl İçi İsteğe Bağlı Yer Değiştirme Başvuru Formu

YER DEĞİŞTİRME İSTEĞİNDE BULUNAN PERSONEL

| | |
|---|--|
| T.C. Kimlik No | |
| Adı ve Soyadı | |
| Görev Yeri | |
| Unvanı/Görevi | |
| Hizmet Süresi (MEBBİS Emekliliğe Esas Hizmet Süresi) (Gün/Ay/Yıl) | |
| Bulunduğu Kurumdaki Hizmet Süresi | |

TERCİH BİLGİLERİ

| S.N. | İlçe Adı | Okul /Kurum Adı |
|------|----------|-----------------|
| 1 | | |
| 2 | | |
| 3 | | |
| 4 | | |
| 5 | | |
| 6 | | |
| 7 | | |
| 8 | | |
| 9 | | |
| 10 | | |

Bilgilerimin tam ve doğru olduğunu, aksi halde başvurumun geçersiz sayılmasını kabul ederim.

.../.../2021
Adı Soyadı

Yukarıda bilgileri yer alan personele ait bilgi ve belgelerin tam ve doğru olduğunu tasdik ederim.

.../.../2021
Mühür-Kaşe İmza
Okul Müdürü

.../.../2021
Mühür-Kaşe İmza
İl/İlçe Milli Eğitim Müdürü