**T.C.**

**SAĞLIK BAKANLIĞINA
(Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü)**

**Adı Soyadı**  :……………………………………………………….
**T.C. Kimlik No** :………………………………………………………. **Telefon** :……………………………………………………….
**GSM No** :……………………………………………………….
**E-Posta Adresi** :……………………………………………………….
**Tebligata Esas Yazışma Adresi** :……….……………………………………………… …………………………………………………………………………………………..............

…………………………………………………………………………………………………..

**KPSSP3 Puanı ve Yılı (varsa)** :……………………………………………………….

**YDS veya Dengi Puanı ve Yılı (varsa)**:……………………………………………………….

**Başvurduğu Nitelik Grubu** (Yalnızca bir nitelik grubuna başvuru yapılabilir.)

[ ] Windows Sunucu Uzmanı (2 katına kadar) (B1)

[ ] Linux Sunucu Uzmanı (2 katına kadar) (B2)

[ ] .Net Yazılım Uzmanı (2 katına kadar) (B3)

[ ] .Net Yazılım Uzmanı (3 katına kadar) (B4)

 Yukarıda bulunan tüm bilgilerin doğruluğunu, Genel Müdürlüğünüz sözleşmeli bilişim personeli pozisyonu için tüm şartlara haiz olduğumu ve vuku bulacak adres değişikliğini Genel Müdürlüğe hemen bildirmediğim takdirde hiçbir hak talep etmeyeceğimi beyan eder başvurumun kabul edilmesini arz ederim. …/…/201..

 Ad Soyad

 İmza