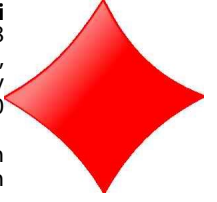


# İş Başvuru Formu

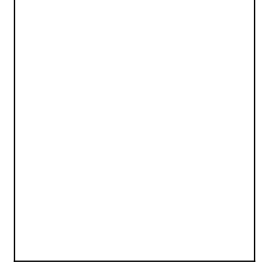
Tarih:

**İnci Gemi İşletme Ltd Şti**  
Tersane Cad Demirtas Han No98  
Karakoy Beyoglu Istanbul,  
34420 Turkey  
Phone: +90-212-2382230  
Fax: +90-212-2539911  
personel@inciship.com  
www.inciship.com



## 1. Kişisel bilgiler:

Ad Soyad:	<input type="text"/>
Doğum yeri/ Tarihi:	<input type="text"/>
Ev Telefonu:	<input type="text"/>
Cep Telefonu:	<input type="text"/>
E-posta adresi:	<input type="text"/>
Adres:	<input type="text"/>
Posta Kodu/ Şehir:	<input type="text"/>
Kaç yıldır bu adreste yaşıyorsunuz:	<input type="text"/>
Askerlik Durumu:	<input type="text"/>
Medeni Hali:	<input type="text"/>
Çocuk Sayısı:	<input type="text"/>
Anne/ Baba Adı:	<input type="text"/>
Eşinin Adı:	<input type="text"/>



Fotograf için tıklayın

Acil durumda ulaşılabilecek yakınlarınızı:	<input type="text"/>
Yakınızın telefon numarası:	<input type="text"/>
Acil durumda ulaşılabilecek yakınlarınızı:	<input type="text"/>
Yakınızın telefon numarası:	<input type="text"/>

Pasaport No:	<input type="text"/>
Pasaportun alındığı yer:	<input type="text"/>
Pasaport alış tarihi:	<input type="text"/>
Pasaport bitiş tarihi:	<input type="text"/>

TC Kimlik No:	<input type="text"/>
Liman Cüzdanı No:	<input type="text"/>
Yeterliliği:	<input type="text"/>
Başvurulan pozisyon:	<input type="text"/>
İşe başlayabileceğiniz tarih:	<input type="text"/>

Yeterlilik bitiş:	<input type="text"/>
Lim. Cüz. bitiş:	<input type="text"/>
Polis Vize bitiş:	<input type="text"/>
Sağlık Raporu bitiş:	<input type="text"/>
Aşı Belgesi bitiş:	<input type="text"/>
Portör bitiş:	<input type="text"/>

Endorsement Ülkesi:	<input type="text"/>
Endorsement bitiş:	<input type="text"/>
ABD vize bitiş tarihi:	<input type="text"/>
ABD vize tipi:	<input type="text"/>

## 2. Eğitim

Mezun olunan okul	Okulun/ Kursun Adı	Bölüm	Mezuniyet Yılı
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Yabancı Dil	Yabancı dil seviyesi			
<input type="text"/>	<input type="radio"/> Çok iyi	<input type="radio"/> İyi	<input type="radio"/> Zayıf	<input type="radio"/> Yetersiz
<input type="text"/>	<input type="radio"/> Çok iyi	<input type="radio"/> İyi	<input type="radio"/> Zayıf	<input type="radio"/> Yetersiz

ECDIS - FURUNO FMD 3300/ 3200/ 3100 sertifikanız varmı?

Evet  Hayır

Diğer sayfaya devam edin

### 3. Sağlık durumunuz

Son sağlık yoklaması tarihi:

Sağlık raporu bitiş tarihi:

Kan grubunuz:

Boyunuz:

Kilonuz:

Sigara kullanıyorsunuzuz?

Evet  Hayır

Alkol kullanıyorsunuzuz?

Evet  Hayır

Madde bağımlılığınız varmı?

Evet  Hayır

Bedensel engeliniz varmı?

Evet  Hayır

Varsa belirtiniz:

Son 5 yılda ameliyat geçirdinizmi?

Evet  Hayır

Detayları belirtiniz:

Son dönemde aşağıdaki rahatsızlıkların birini geçirdinizmi? Geçirdiyse hangileri?

Evet

Hayır

Kalp rahatsızlığı:

Hipertansiyon:

Hepatit:

Bel fıtığı:

Diş problemi:

Hemeroid:

Şeker hastalığı:

Mide hastalığı:

Epilepsi/ Sara:

HIV:

Romatizma:

Cinsel hastalık:

### 4. Mesleki geçmiş

Daha önce çalıştığınız firma ve gemileri listeleyiniz (sırasıyla en sondan başlayarak)

1

Firma Adı:

Gemi Adı:

Göreviniz:

Gemi tipi:

DWT/ KW:

Referans (varsa):

Çalışma Süresi:

Çalışılan yıl:

Ayrılma nedeni:

2

Firma Adı:

Gemi Adı:

Göreviniz:

Gemi tipi:

DWT/ KW:

Referans (varsa):

Çalışma Süresi:

Çalışılan yıl:

Ayrılma nedeni:

3

Firma Adı:

Gemi Adı:

Göreviniz:

Gemi tipi:

DWT/ KW:

Referans (varsa):

Çalışma Süresi:

Çalışılan yıl:

Ayrılma nedeni:

Diğer sayfaya devam edin

4

Firma Adı:	<input type="text"/>	Gemi Adı:	<input type="text"/>	Göreviniz:	<input type="text"/>
Gemi tipi:	<input type="text"/>	DWT/ KW:	<input type="text"/>	Referans (varsa):	<input type="text"/>
Çalışma Süresi:	<input type="text"/>	Çalışılan yıl:	<input type="text"/>	Ayrılma nedeni:	<input type="text"/>

5

Firma Adı:	<input type="text"/>	Gemi Adı:	<input type="text"/>	Göreviniz:	<input type="text"/>
Gemi tipi:	<input type="text"/>	DWT/ KW:	<input type="text"/>	Referans (varsa):	<input type="text"/>
Çalışma Süresi:	<input type="text"/>	Çalışılan yıl:	<input type="text"/>	Ayrılma nedeni:	<input type="text"/>

## 5. Diğer

Üye olunan Dernek, Kulüp veya Sendikalar:

Gerektiğinde fazla mesai yapmak için kısıtlamanız varmı:

Şu anda birinci derece yakınlarınızda ağır hasta olan varmı:

1 yıllık süreçte sizin veya yakınınızın nişan/düğünü varmı:

Kurmumuzda çalışan tanıdığınız varmı (varsa isimlerini yazın):

Hakkınızda mahkumiyet kararı varmı?  Evet  Hayır

Eğer daha önce suç işlediyseniz lütfen özetleyin:

## 6. Referanslar

	1	2
Adı Soyadı:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Görevi:	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Çalıştığı Kurum	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Telefon	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Ayakkabı numarası:  Tulum Bedeni:  Haki takım bedeni:

Bu iş başvuru ve bilgi formunda beyanlarım doğrudur. Bilgilerin olası bir hizmet aktinin içeriğini teşkil ettiğini, bilerek yanlış bilgi verdiğim veya bazı bilgileri gizlediğim anlaşıldığı takdirde, bundan doğacak sorumluluğu şimdiden kabul ettiğim gibi, işime son verilmesi karşısında hiç bir hak ve tazminat istemeyeceğimi ve hizmet aktimin ihbarsız ve tazminatsız sona ereceğini teyid ve beyan ederim.

Tarih:

Adı Soyadı:

İmza:

**7. Güncelleme** (Eğer daha önce başvurunuz varsa güncellenen/ değişiklik yapılan bilgileri giriniz)

Tarih:

Adı Soyadı:

İmza:

**8. Değerlendirme** (Firma yetkilisi tarafından dolduracaktır)

Mülakat değerlendirmesi

Mülakatı yapan:

Not:

Referans Araştırması

Araştırmayı yapan:

Not:

Diğer

Not:

İşe alım onayı:  Onaylandı  Onaylanmadı

Tarih:

Adı Soyadı:

İmza: