**T.C.**

**OSMANİYE VALİLİĞİ İL MİLLİ EĞİTİM MÜDÜRLÜĞÜ TERCİH FORMU**

|  |
| --- |
| **T.C.Kimlik No :** |
| **Adı ve Soyadı :** |
| **Branşı :** |
| **Hizmet Puanı :** |
| **Görevi / Görev Yeri :** |
| **Zorunlu Hizmet Durumu :** |

**Tercih Ettiğim İlçe/Okuldan hizmetin gereği (soruşturma)ile görev yerim değiştirildi.**

**Evet: Hayır:**

**İlgili mevzuatına göre alınan sağlık kurulu raporunda en az %40 oranında engelli olduğu belirtilen öğretmenler ile ağır engelli (tam bağımlı, çok ileri düzeyde ÖGV, belirgin ÖGV, Özel koşul gereksinimi var. (ÖKGV) raporlu eşim veya bakmakla yükümlü olduğum 1.derece kan hısımlarımın raporları mevcuttur.**

**Evet: Hayır:**

**TERCİHLER**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **S.N** | **Atanmak İstediği Okullar / Kurumlar** | |
| **İlçesi** | **Kurum Adı** |
| **1** |  |  |
| **2** |  |  |
| **3** |  |  |
| **4** |  |  |
| **5** |  |  |
| **6** |  |  |
| **7** |  |  |
| **8** |  |  |
| **9** |  |  |
| **10** |  |  |
| **11** |  |  |
| **12** |  |  |
| **13** |  |  |
| **14** |  |  |
| **17** |  |  |
| **18**  **19** |  |  |
| **20** |  |  |
| **21** |  |  |
| **22** |  |  |
| **23** |  |  |
| **24** |  |  |
| **25** |  |  |
| **26** |  |  |
| **27** |  |  |
| **28** |  |  |
| **29** |  |  |
| **30** |  |  |
| **31** |  |  |
| **32** |  |  |
| **33** |  |  |
| **34** |  |  |
| **35** |  |  |
| **36** |  |  |
| **37** |  |  |
| **38** |  |  |
| **39** |  |  |
| **40** |  |  |

Not: Hizmet Puanı 09 Nisan 2025 tarihi itibariyle hesaplanacaktır.

Bilgilerimin tam ve doğru olduğunu, aksi halde başvurumun geçersiz sayılmasını, hakkımda idarece yapılacak işlemlerden doğacak hukuki sonuçlara katlanmayı kabul ediyorum.

…../……/2025

İmza

İlgilinin bilgilerinin doğru olduğunu tasdik ederim.

.…./.…./2025

ONAY

Okul Müdürü