

AİLE VE SOSYAL POLİTİKALAR BAKANLIĞI
KARŞILIKLI YER DEĞİŞİKLİĞİ (BECAYIŞ) TALEP FORMU

| | 1. Personel | 2. Personel |
|---------------------|-------------|-------------|
| Adı Soyadı | | |
| T.C. Kimlik No | | |
| Yerleştirildiği İl | | |
| Unvanı | | |
| Atanmak istediği İl | | |
| Cep Telefonu | | |
| E-posta Adresi | | |

ÖSYM tarafından gerçekleştirilen KPSS 2015/1 yerleştirme işlemleri sonucuna göre Bakanlığınız bünyesinde yerleştirilmiş olduğumuz kadrolara ait görev yerlerimizin yukarıda belirttiğimiz şekilde karşılıklı olarak değiştirilmesi hususunda gereğini arz ederiz.

| | |
|--|--|
| 1.Personel Adı Soyadı Tarih / İmza | 2.Personel Adı Soyadı Tarih / İmza |
|--|--|

UYGUNDUR
...../...../2015

Sınav Değerlendirme
Komisyonu Başkanı