**T.C.**

|  |  |
| --- | --- |
| **Tercih Ettiğim İlçe/Okuldan Hizmetin Gereği (soruşturma) görev yerim değiştirildi.** | **Evet Hayır** |
| İlgili mevzuatına göre alınan sağlık kurulu raporunda en az yüzde kırk 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 birinci derece kan hısımlarımın raporu mevcuttur. | **Evet Hayır** |

**KARS VALİLİĞİ**

**İl Milli Eğitim Müdürlüğü**

**İHTİYAÇ VE NORM KADRO FAZLASI ÖĞRETMENLERE AİT YER DEĞİŞTİRME TERİCH FORMU**

|  |
| --- |
| **YER DEĞİŞTİRME İSTEĞİNDE BULUNAN NORM KADRO FAZLASI ÖĞRETMENİN** |
| **Başvuru Çeşidi** | **İhtiyaç ve Norm Fazlası Yer Değiştirme** | **T.C. Kimlik No:** |  |
| **Adı ve Soyadı** |  | **Doğum Yeri ve Tarihi** |  |
| **Bakanlık Atama Alanı** |  | **Hizmet Puanı** |  |
| **Lisans Düzeyinde Mezun Olduğu Yüksek Okul****Programı** |  |
| **Görev Yeri** |  |
| **T E R C İ H L E R** |
| **S.N.** | **KURUM KODU** | **KURUM ADI** |
| **1** |  |  |
| **2** |  |  |
| **3** |  |  |
| **4** |  |  |
| **5** |  |  |
| **6** |  |  |
| **7** |  |  |
| **8** |  |  |
| **9** |  |  |
| **10** |  |  |
| **11** |  |  |
| **12** |  |  |
| **13** |  |  |
| **14** |  |  |
| **15** |  |  |
| **16** |  |  |
| **17** |  |  |
| **18** |  |  |
| **19** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **20** |  |  |
| **21** |  |  |
| **22** |  |  |
| **23** |  |  |
| **24** |  |  |
| **25** |  |  |
| **26** |  |  |
| **27** |  |  |
| **28** |  |  |
| **29** |  |  |
| **30** |  |  |
| **31** |  |  |
| **32** |  |  |
| **33** |  |  |
| **34** |  |  |
| **35** |  |  |
| **36** |  |  |
| **37** |  |  |
| **35** |  |  |
| **39** |  |  |
| **40** |  |  |

Yukarıdaki bilgiler tarafımdan doğru olarak doldurulmuş olup, aksi ortaya çıktığında idarece yapılacak işlemlerden doğacak hukuki sonuçları kabul ediyorum.

Kadromun bulunduğu okul/kurumda norm kadro fazlası olmam nedeni ile yukarıda belirttiğim tercihlerimden birine yer değiştirme suretiyle atamamın yapılması için gereğini arz ederim.

…/04/2025

Öğretmenin Adı Soyadı:

İmzası:

Yukarıdaki bilgileri bulunan norm fazlası öğretmene ait bilgilerin tam ve doğru olduğunu tasdik ederim.

|  |  |
| --- | --- |
| Okul Müdürü | İlçe Müdürü / Şube Müdürü |
| …/04/2025 | …/04/2025 |
| Mühür-Kaşe-İmza: | Mühür-Kaşe-İmza: |

1**- Rapor beyanında bulunan öğretmenlerin raporlarını 15.04.2025 tarihine kadar İl Milli Eğitim Müdürlüğü Öğretmen Atama Birimine ibraz etmeleri gerekmektedir**.

NOT: