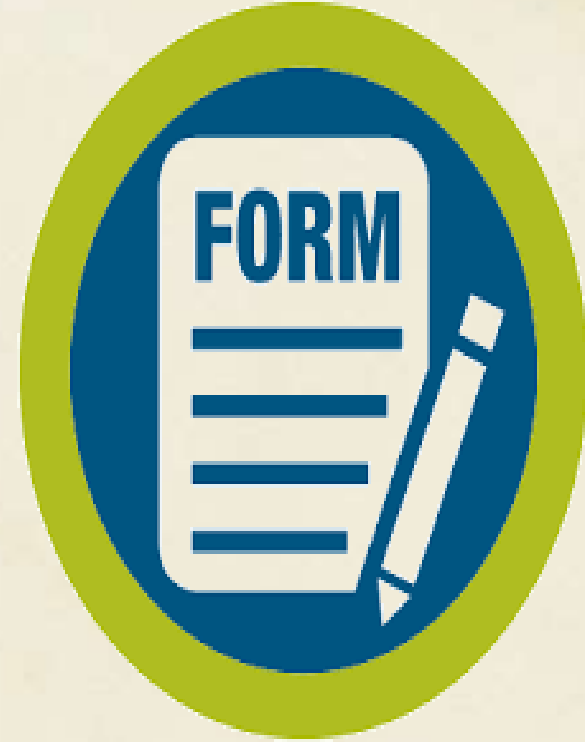


BÜROLARDA FORM KULLANIMI

Öğretim Görevlisi
Meral GÜNEŞ

Form Kavramı

- **F**orm; bazı bilgilerin toplanması, kaydı, gruplandırılması, transferi gibi amaçlarla hazırlanan, üzerinde soru ve cevap verilecek bölümler bulunan kağıt defter veya kartonlardır.




Formların Gerekliliđi

- Formlar örgütün kendi içerisindeki faaliyetlerinde ve **müşteri/vatandaşa** yönelik hizmetlerinde sıkça kullanılır ve çeşitli konularda bilgi elde etmede önemli bir araçtır.
- İşlerin hızlı yürütülebilmesi için gereklidir. Zamandan tasarruf sağlar.

Formun Yönetim Açısından Önemi

- Formların kullanım çeşitliliğine ve sıklığına bakıldığında işlerin düzgün bir şekilde yürüebilmesi yönetimin karar alma ve çeşitli faaliyetlerdeki önemi ortaya çıkacaktır.
- Formlar sayesinde birçok bilgi elde edilir, başka bir yere gönderilir, paylaşılır ve üzerinde taşıdığı bilgileri göre işlem yapılır.

- 
- Formlar sayesinde işlerde sürat sağlanır.
 - Form kullanmak belli bir düzen içinde hareket etmeyi sağlar.
 - İhtiyaç duyulan bilgiler formlarda **standartlaştırıldığı için**, hem çalışan hem müşteri/vatandaş gereksiz bilgileri yazmaktan ya da okumaktan kurtulmuş olur, zaman ve emek kayıplarının önüne geçilir.

Form Yönetimi

- Formların analizi, standardizasyonu, çizimi, bastırılması, stok ve dağıtımı, işlerin bir birim tarafından bir düzen ve disiplin içerisinde yürütülmesidir.
- İncelemeler kuruluşlarda gereğinden fazla form kullanıldığını, aynı amaçla kullanılan birbirinden farklı formların bulunduğunu ve formların planlı bir şekilde üretilmediğini göstermektedir.

Form yönetimi,

Yapılan işlerde

- amaca uygun formların kullanımını sağlamak
- **değişiklikleri takip etmek,**
- yeni durumlara uygun formlar hazırlamak,
- **yeterli miktarda çoğaltmak,**
- depolamak ve
- **bütün bu işlerin tek merkezden yapılmasını sağlamaktır.**

Formlarda Aranılan Nitelikler

1. Formlar **kullanışlı** olmalı ve amaca uygun hazırlanmalıdır.
2. **Standardize** edilmelidir.
3. Formun hangi kuruluşa ait olduğu üst kısımda belirtilmeli, yine üst kısımda bir başlığı bulunmalıdır.
4. Yazı, kağıt ve cevaplar için formda **uygun boşluklar** bırakılmalıdır.
5. Formların **doldurulması ve kullanımı ile ilgili açıklamalar** bulunmalıdır.

Formlarda Aranılan Nitelikler-2

6. Formlarda sorulan sorularda **tutarlı bir sıra** izlenmelidir.
7. Formdaki yazılar **yatay yazılmalıdır**.
8. Formda **mevzuata ilişkin sorular sorulmamalıdır**.
9. Sorular **açık ve anlaşılır olmalı** jargonlardan uzak durulmalıdır.
10. Olanaklı ise sorular **gruplandırılmalıdır**.
11. Formun en alt kısmında formun kullanılmaya başlandığı tarih, numarası, stok numarası kaç adet basıldığı belirtilmelidir.

ÇALIŞMA VE SOSYAL GÜVENLİK BAKANLIĞI
BÖLGE MÜDÜRLÜĞÜ İŞYERİ BİLDİRGESİ

İŞYERİ SİCİL NUMARASI
(Kurumca Doldurulacaktır)

M	MESLEK KODU	DOSYA NO	İL KODU
---	-------------	----------	---------

İşverenin Adı-Soyadı /Unvanı		İşyerinin Adresi	
		Semt..... İlçe..... İl..... P. K.....	
Telefon - faks - e-posta	İşyeri Telefonları	Faks Numaraları	e -posta adresleri

DOLDURULACAK BİLGİLER	İŞVEREN	İŞVEREN VEKİLİ
T.C. Kimlik No		
Adı ve Soyadı		
Uyruğu (Yabancı Ülke Adı)	T.C : <input type="text"/> Ülke Adı :.....	T.C : <input type="text"/> Ülke Adı :.....
Vergi Kimlik No /Kurumlar Vergisi No		
Vergi Dairesi Adı		
Ticaret Odası / Sanayi Odası		
Esnaf Derneği /Vakıf/ Dernek No		
Kanuni İkametgah Adresi		
Çalışma Konusu (Etrafıca Açıklayınız)		

Çalıştırılan İşçi Sayısı	Erkek <input type="text"/>	Kadın <input type="text"/>	Çocuk * <input type="text"/>	Genç ** <input type="text"/>	Çıracak <input type="text"/>	Stajyer <input type="text"/>	Yabancı Uyruklu E : <input type="text"/> K: <input type="text"/>
--------------------------	----------------------------	----------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	------------------------------	---

Bildirgenin Verilme Sebebi	İlk Kuruluş <input type="text"/>	Devir <input type="text"/>	Unvan Değişikliği <input type="text"/>	Adres Değişikliği <input type="text"/>
	İntikal <input type="text"/>	Ortaklık <input type="text"/>	Aynı İhale İşinin Tekrar Alınması <input type="text"/>	İş Değişikliği <input type="text"/>

Faaliyetin Niteliği	Devamlı <input type="checkbox"/>	Mevsimlik <input type="checkbox"/>	Geçici <input type="checkbox"/>	Diğer :.....
---------------------	----------------------------------	------------------------------------	---------------------------------	--------------

İşe Başlama Tarihi/...../.....	İşin Bitiş Tarihi (Biliniyorsa)/...../.....
--------------------	-------------------	-------------------------------------	-------------------

İşçi Çalıştırmaya Başlandığı Tarih/...../.....
------------------------------------	-------------------

İhale Konusu İşlerde İhale Makamını Unvan ve Adresi	
--	--

SSK İŞYERİ SİCİL NUMARASI

SEKTÖR	MESLEK KODU	ŞUBE	SIRA NO	İL	İLÇE	ARACI KODU

Yukarıdaki sorulara verdiğim cevaplar doğrudur. Bu cevaplardan dolayı her türlü sorumluluğu kabul ederim .	
...../...../..... İŞVEREN (İmza ve Kaşe)/...../..... İŞVEREN VEKİLİ (İmza ve Kaşe)

- Bildirgeye eklenecek belgeler**
- 1- Şirketler için Ticaret Sicil Gazetesi ve İmza Sirküleri / Devir halinde devrin yapıldığına ilişkin Ticaret Sicil Gazetesi,
 - 2- Şahıstar için İşveren veya İşverenlerin Nüfus Hüviyet Cüzdanı ile İkametgah İlmuhaberi,
 - 3- İnşaat işyerleri için yapı ruhsatı sureti,
 - 4- Alt İşverenlerin bildiriminde, asıl işverenle aralarında yapılan sözleşme,
- * Çocuk:14 yaşını bitirmiş, 15 yaşını doldurmamış ve ilköğretimi tamamlamış kişiyi ifade eder.
** Genç:15 yaşını tamamlamış, ancak 18 yaşını tamamlamamış kişiyi ifade eder.

KİMLİK BİLGİLERİ	1. T.C. KİMLİK NUMARASI: _____ 2. ADI: 3. SOYADI: 4. BABA ADI: 5. ANNE ADI: 6. DOĞUM TARİHİ: _____ / _____ / _____ <small>Gün Ay Yıl</small> 7. CİNSİYETİ: <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/> Kız 8. DOĞUM YERİ: 9. NÜFUSA KAYITLI OLDUĞU İL/İLÇE: 10. UYRUĞU: <input type="checkbox"/> T.C. <input type="checkbox"/> K.K.T.C. <input type="checkbox"/> Yabancı Uyruklular
ÖĞRENİM BİLGİLERİ	11. ÖĞRENİM DURUMU: <input type="checkbox"/> Lisans (Dört veya daha fazla yıllık yükseköğretim programı, Yüksek lisans, Doktora) 12. MEZUN OLUNAN / OLUNACAK ÜNİVERSİTE: KODU: _____ 13. MEZUN OLUNAN / OLUNACAK LİSANS PROGRAMI: KODU: _____ 14. MEZUNİYET TARİHİ: _____ / _____ / _____ <small>Gün Ay Yıl</small>
SINAVA İLİŞKİN BİLGİLERİ	15. SINAVIN HANGİ OTURUMUNA KATILACAĞI (Tüm adaylar Cumartesi Sabah oturumuna katılmak zorundadırlar.): <input type="checkbox"/> 1. Cumartesi Öğleden Sonra <input type="checkbox"/> 2. Pazar Sabah <input type="checkbox"/> 3. Pazar Öğleden Sonra 16. YABANCI DİL SINAVINA GİRME DURUMU: <input type="checkbox"/> YABANCI DİL SINAVINA GİRMEYECEĞİM <input type="checkbox"/> YABANCI DİL SINAVINA GİRMEK İSTİYORUM 17. SINAV YABANCI DİLİ <input type="checkbox"/> Almanca <input type="checkbox"/> Fransızca <input type="checkbox"/> İngilizce 18. SINAV MERKEZLERİ: 1. TERCİH: KODU: _____ 2. TERCİH: KODU: _____
İLETİŞİM BİLGİLERİ	19. YAZIŞMA ADRESİ : SEMT : İLÇE: ADRES İLİ : İL KODU: _____ POSTA KODU: _____ 20. EV/İŞ TELEFON NO : _____ - _____ - _____ <small>Ulke Alan Kodu İl Alan Kodu Telefon Numarası</small> CEP TELEFON NO : _____ - _____ - _____ 21. E-POSTA ADRESİ :
ÖZÜR DURUMU BİLGİLERİ	22. ÖZÜR DURUMU BİLGİLERİ ÖZÜR DURUMU: AÇIKLAMA: YARDIMCI: <input type="checkbox"/> SINAVDA OKUYUCU VEYA İŞARETLEYİCİ YARDIMCI SINAV GÖREVLİSİ İSTİYORUM. <i>Bu alanda işaretleme yapan adayların sağlık raporlarını başvuru süresi içinde ÖSYM'ye ulaştırmaları gerekmektedir.</i>
	23. İNTERNET ERIŞİM ŞİFRESİ İSTEĞİ: İNTERNET ERIŞİM ŞİFREMİ UNUTTUM. YENİ ŞİFRE İSTİYORUM. <input type="checkbox"/>
İMZA	24. ADAYIN İMZASI Aday Başvuru Formunda yazılan bütün bilgilerin doğru olduğunu bildiririm. Verdiğim bilgilerden herhangi birinin doğru olmadığı saptanırsa, bundan doğacak sonuçları kabul ederim.

BURS BAŞVURU FORMU**1- BURS İSTEĞİNDE BULUNAN ÖĞRENCİNİN KİMLİK VE OKUL BİLGİLERİ:**

Adı Soyadı	:		Üniversitesi	:	
Baba Adı	:		Fakültesi	:	
Anne Adı	:		Bölümü	:	
Doğum Yeri (İl, İlçe, Köy)	:		Sınıfı	:	
Doğum Tarihi (Gün, Ay, Yıl)	:		Öğrenci No	:	
Cinsiyeti	:		Giriş Tarihi	:	
Medeni Hali	:		Bitirdiği Lise	:	
T C kimlik No	:		Lise Türü	:	

2- AİLENİN SOSYO-EKONOMİK DURUMU :

Baba: Hayatta () , İşi:	Aylık Net geliri:	Öğrenimi:
Hayatta Değil : ()		
Anne: Hayatta () , İşi:	Aylık Net geliri:	Öğrenimi:
Hayatta Değil : ()		
Varsa, Ailenin Toplam Gelirine Katılan Diğer Aylık Net Gelir Toplamı:		
Ailenin Toplam Net Gelirinin Muhteviatı Hakkında Verilebilecek Bilgiler:		
Aile Reisinin İş Adresi:		
Ailenin Oturduğu Ev: Mülk : () , Kira : () , Lojman : () , Diğer : ().....		
Aylık kira bedeli :		

TC Kimlik No:	
Soyadı :	
Adı :	

1-İkametgah Adresi:			
2-Halen Oturma Adresi:			
İş Telefonu :		Cep Telefonu :	

3-Öğrenim Durumu : (En Son Bitirdiği Okul)			
Adı ve Yeri :			
Tarih : (Tarihten - Tarihe)..... -			

4-Aile Bilgileri :	Soyadı Adı	Doğum Yeri ve Tarihi	Uyruğu	Yaşayanların Adresi
Babasının :				
Annesinin :				
Eşinin :				
Kardeşlerinin (18 Yaşından Büyük Olanlar) :				

5-En Son Çalıştığı Yer :			
İşin Çeşidi	Tarihten-Tarihe	İşverenin Adresi	Ayrılış Sebebi

6-Hakkında Verilmiş Bulunan Mahkumiyet Hükümü veya Halen Devam Eden Ceza Davası Bulunup Bulunmadığı			
VAR <input type="checkbox"/>	YOK <input type="checkbox"/>		

Askerlik Hizmeti	Başlama Tarihi	Terhis Tarihi	Cezaları

YUKARIDAKİ BİLGİLERİN DOĞRULUĞUNU BİLDİRİRİM

İmza ve Tarih

NÜFUS CÜZDANI SURETİ

Soyadı :		Uyruğu:		Verildiği Yer :	
Adı :		Medeni Hali :		Veriliş Nedeni :	
Baba Adı :		İl :		Veriliş Tarihi :	
Ana Adı :		İlçe :		Seri No :	
Doğum Yeri :		:		Nüf.İdaresi:	
Doğum Tarihi :					

NÜFUS CÜZDANI SURETİNİ ONAYLAYANIN

Soyadı Adı	Görevi	İmza -Mühür	Tarih

Form Çeşitleri

- Formlar genel ve özel olmak üzere iki şekilde sınıflandırılır.
- Bütün kuruluşlarda aynı amaçla kullanılan formlar **genel form**, sadece bir kuruluşta kullanılan formlar da **özel formlardır**.

Form Çeşitleri-2

- Formlar ayrııcı **kutu form** veya **çizgi form** olmak üzere iki şekilde çizilebilir.
- Başka bir form türü de yazışma formlarıdır. Yazışma formlarında bazı kelimeler sonradan doldurulmak üzere hazırlanan mektuplardır. Bu formlar karma form şeklinde de görülebilir hem yazışma bölümü hem çizelge tablo vb. bölümü vardır.

İŞYERİ KAZA VE MESLEK HASTALIĞI BİLDİRİM FORMU



Düzenlenme tarihi.....

1	İşyerinin	Bölge Müdürlüğü Sicil No :	
		Unvanı :	
		Adresi :	
		İşçi Sayısı : Erkek <input type="checkbox"/> Kadın <input type="checkbox"/> Çocuk <input type="checkbox"/> Eski Hük. <input type="checkbox"/> Özürlü <input type="checkbox"/> Stajyer <input type="checkbox"/>	
2		Kaza Tarihi :	Kaza Gününde İşbaşı Saati :
		Kazanın meydana geldiği Bölüm :	
		Kazada Yaralanan Üzuv – Yaralanma Şekli :	
3		İşçinin 1. derece yakınının Adı Soyadı :	
		Açık adresi :	
4		Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesi Tarihi :	
		Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesi ile Sevk edilenin Çalıştığı Bölüm / İş :	
		Meslek Hastalığı Tanısı veya Şüphesinin Türü :	
		Meslek Hastalığının Saptanma Şekli :	
		Periyodik <input type="checkbox"/> Üst Kurum <input type="checkbox"/> Meslek Hast. Hastanesinde <input type="checkbox"/> Diğer <input type="checkbox"/>	
		Muayene ile <input type="checkbox"/> Sevki ile <input type="checkbox"/>	
5	Kazazde veya Kazazdehler / Meslek Hastalığı Tanıyan veya Şüpheli ile Hastaneye İvok edilenin	Adı Soyadı :	
		Cinsiyeti :	E <input type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/>
		Sigorta Sicil No :	
		Yaşı :	
		İşe Giriş Tarihi :	
		Esas İş (Mesleği) :	
		Medeni Hali : Evli <input type="checkbox"/> Bekar <input type="checkbox"/> Dul <input type="checkbox"/>	
		Öğrenim Durumu : İlköğretim <input type="checkbox"/> Ort.öğr. <input type="checkbox"/> Y. Okul <input type="checkbox"/> Üniversite <input type="checkbox"/> Y. Lisans <input type="checkbox"/> Doktora <input type="checkbox"/>	
		Kaza Anında Yaptığı İş :	
		Kaza sonucu ölü yaralı sayısı : Ölü <input type="checkbox"/> Ağır Yaralı <input type="checkbox"/> Üzuv Kaybı <input type="checkbox"/> Hafif Yaralı <input type="checkbox"/>	
		Kaza sonucu yaralanan işçilerden İstirahat alanların sayısı : 1. Gün <input type="checkbox"/> 2. Gün <input type="checkbox"/> 3. Gün <input type="checkbox"/> 3 günden fazla veya açık istirahat <input type="checkbox"/>	
		Kazayı Gören : Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>	
6		Şahitlerin Adı Soyadı :	
		Şahitlerin Adresi :	
		Şahitlerin İmzası :	
		Kazanın Sebebi ve Oluş Şekli (Açıklayınız) :	
			7 İşveren veya Vekilinin Adı ve Soyadı İmzası

Not: 1- İşverenler işyerinde meydana gelen iş kazasını ve tespit edilecek meslek hastalığını en geç iki iş günü içinde yazılı ilgili Bölge Müdürlüğüne bildirmek zorundadır. (4857 sayılı İş Kanunu md. 77) Bu bildirim zamanında yapmayan işverenle aynı kanunun 105 inci Maddesi uyarınca idari para cezası uygulanır.

- 2- 1, 3, 5 ve 7. inci bölümler hem kaza, hem de meslek hastalığı bildirim durumunda,
2 ve 6. inci bölümler sadece kaza bildirim durumunda,
4. üncü bölüm ise sadece meslek hastalığı bildirim durumunda,
doldurulacaktır. (Formun ön yüzü yetmediği takdirde arka yüzü kullanılabilir.)

HASTANIN MUAYENE İSTEĞİ

1. KURUMU		SAKARYA ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ (Tedavi Giderleri Kendi Kurumunca Ödenecektir)			
2. MEMURUN					
-Adı,Soyadı		-Kurum Sicil No			
- Görevi/Ünvanı		-Kadro Derecesi			
3. Emekli Sic.No		7. HASTANIN			
4.Vergi Kimlik No		-Adı,Soyadı			
5.Vergi Dairesi		-Yakınlığı			
6. Aylıksız İzinli	Evet ()	Hayır ()	-TC Kimlik No		
8 .ADRESİ	KADROLU GÖREV YERİ	SOSYAL BİLİMLER ENSTİTÜSÜ			
	FİİLİ GÖREV YERİ	EĞİTİM FAKÜLTESİ			
9. KURUM YETKİLİSİNİN *		(İmza)	10. KURUM KAYIT ÇIKIŞI		
-Adı, Soyadı		(Kaşe)	Tarihi	No'su	
-Unvanı		(Mühür)	15.01.2008		
11-(1.Basamak) Sağlık Kuruluşu (Kurum Tabibi, Sağlık Ocağı, Mediko-Sosyal, Dispanser v.b.)	18-(2.Basamak) Sağlık Kurumu (Devlet Hastanesi, Kadın Doğum-Çocuk Hastanesi v.b.)	26- (3. Basamak) Sağlık Kurumu (Araştırma Hastanesi, Tıp Fakültesi Hst. v.b.)			
12. KAYIT	19. KAYIT	27. KAYIT			
Tarihi	No'su	Tarihi	No'su	Tarihi	No'su
13.Teşhis	20.Baştabibin Havalesi	28.Baştabibin Havalesi			
14.Tedavi	21.Teşhis	29.Teşhis			
15.Karar	22. Tedavi	30. Tedavi			
	23. Karar	31. Karar			
16.Muayene Eden (İmza/Kaşe)	24.Tabip (İmza/Kaşe)	32.Tabip (İmza/Kaşe)			
17.Onaylayan	25.Baştabip	33.Baştabip			
(İmza/Kaşe/Mühür)	(İmza/Kaşe/Mühür)	(İmza/Kaşe/Mühür)			
(*) Faturaların "Kadrolu Görev Yeri"ne Göre Kesilmesi Rica Olunur.		DMO STOK NO: 715.011			



EK 1 - KAMU GÖREVLİLERİ SENDİKALARINA ÜYELİK FORMU



SENDİKA BİLGİLERİ

HİZMET KOLU	SENDİKA ADI	TOÇBİR-SEN	DOSYA NO		
0 9	SENDİKA ADRESİ	GMK BULVARI 117/19-20 Durak Apt. Maltepe/ANKARA	0	3	4

KURUM BİLGİLERİ

KURUMUN ADI	
GÖREV YAPILAN BİRİMİN ADI	
GÖREV YAPILAN BİRİMİN ADRESİ	

Hizmet Kolu	Kurum Kodu	İL ADI	İl Kodu	İLÇE ADI
0 9		İZMİR	3 5	

ÜYELİK BİLGİLERİ

KOÇ ALLIANZ

BİREYSEL SAĞLIK ÜRÜN-PLAN DEĞİŞİKLİK FORMU

(Tüm Ürün-Plan değişikliklerinde doldurulacaktır.)

1. BÖLÜM

(Ürün/Plan yükseltmesinde, meriyet taleplerinde 1. Bölüme ek olarak 2. Bölüm de doldurulacaktır.)

	Kendisi	Eşi	Çocuğu	Çocuğu	Çocuğu																										
Adı, Soyadı																															
Doğum Tarihi/...../...../...../...../...../...../...../...../...../.....																										
Doğum Yeri																															
Baba Adı																															
Anne Adı																															
Anne Kızlık Soyadı																															
TC. Kimlik No																															
Vergi Dairesi																															
Vergi Kimlik No																															
Police No	Partaj:																														
	Aile H.	Optimum	Limitsiz	Özel Sağlık Sigortası					Yurtdışı Ek Sağlık Sigortası				Vitalis Sağlık Sigortası																		
MEVCUT POLİÇE	1	2	1	2	1A	1B	1C	1D	2A	2B	2C	2D	2E	3A	3B	3C	1A	1B	2A	2B	3A	3B	4A	4B	1A	2A	1B	2B	1C	2C	
TALEP EDİLEN POL.	1	2	1	2	1A	1B	1C	1D	2A	2B	2C	2D	2E	3A	3B	3C	1A	1B	2A	2B	3A	3B	4A	4B	1A	2A	1B	2B	1C	2C	
Ödeme Şekli:	Vadeli <input type="checkbox"/>		Peşin <input type="checkbox"/>		Ödeme Türü:		Kredi Kartlı <input type="checkbox"/>		Banka Ödeme Kuponu <input type="checkbox"/>																						
Bayan (18-44 yaş) adaylar için: Mevcut gebelik veya adet gecikmesi var mı? Evet ise son adet tarihi:/...../.....																															
Başka bir şirkette özel sağlık sigortanız var mı?																															
Değişiklik Talebinin Nedeni/Açıklama:																															
Şu anda elinizde şirketimizden talep etmediğiniz sağlık gideriniz var mı? Evet ise ekleyiniz:																															

Sigortalı Adı Soyadı :


Tarih :/...../.....

Sigortalı imzası :

Acente Kaşesi :

Formların Standardizasyonu

- Kuruluşlarda veya kuruluşların değişik birimlerinde veya benzer işlerde çeşitli ve işe uygun olmayan formların önlenmesi form standardizasyonu ile sağlanabilir.
- Formların standardizasyonu merkez ve taşra örgütlerinde yani aynı kuruma bağlı birimlerde olabileceği gibi farklı kurumlarda da olabilir. Bu iş TSE tarafından yapılmaktadır.

- 
- Formların standardizasyonunun amacı **örgütlerde düzen ve koordinasyonu** sağlamaktır. Böylece hem maliyetler azalır hem de zamandan tasarruf sağlanır.