

**ENGELLİ BİREYE SAHİP EMNİYET TEŞKİLATI MENSUBU  
KAMP MÜRACAAT FORMU**

Aşağıda beyan ettiğim aile fertlerim ile birlikte .....tesisinde  
bir kamp dönemi kalmak istiyorum.

Kalacağım dönem ve oda numarasının bildirilmesini arz ederim. ....../.../2020

ADRES :

Adı Soyadı -İmza

Ev Adresi :

İş Adresi :

Telefon :

Ev Tel:.....

Cep No:.....

İş Tel.: .....

**TEŞKİLAT MENSUBUNA AİT BİLGİLER:**

1- Adı ve Soyadı :

2- T.C.Kimlik Numarası :

3- Kurum Sicili :

4- Rütbesi :

5- Çalıştığı Kadro / Birim :

6- Mensubun Durumu : Çalışıyor  Emekli  Merhum

Şehit Yakını / Gazi – Vazife Malülü ve Yakını

7- Engelli Birey : Eşi  Çocuğu

Tercih Ettiği Dönemler : 1.Tercih 2.Tercih 3.Tercih 4.Tercih

1-2-3-4-5-6-7-8-9-10 ( ) ( ) ( ) ( )

11-12-13-14-15-16-17

**KAMPA KATILACAKLARA AİT BİLGİLER**

Yakınlarının Adı ve Soyadı :

1-Kendim : T.C. No:

2-Eşim : T.C. No:

3-Kızım : T.C. No: Yaşı :

4-Oğlum : T.C. No: Yaşı :

5-Diğer : T C No:

Daha Önce Kaç Sefer Kampa Katıldı :

a) Katılmadı (....)

b) (.....) Sefer Katıldım.

***Not: Bu form engelli takip modülünde kayıtlı engelli bireye sahip çalışan mensubumuz tarafından doldurularak imza edilecektir.***