

# PMYO GİRİŞ SINAVI ADAY TANIMA FORMU

\*Bu form başvuruya gelmeden önce bizzat aday tarafından koyu tükenmez kalemle KENDİ EL YAZISI ile eksiksiz olarak doldurulacaktır.

Adı:.....Soyadı:.....

Doğum Tarihi:../../..... Medeni Hali:.....

## 1. PMYO Sınavına Daha Önce BAŞVURDUNUZ MU?

EVET.....Yılında/Yıllarında BAŞVURDUM

## 2. Hobileriniz nelerdir?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## 3. Neden polis olmak istiyorsunuz?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## 4. Polislik mesleğinin beğendiğiniz yönleri nelerdir?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## 5. Eğer Polis olursanız bu meslekteki hedefleriniz nelerdir?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## 6. Çevrenizde sizi nasıl tanırlar?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## 7. Sizce dürüst ve güvenilir olmayan biri Polis olabilir mi, neden?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

İMZA

PMYO GİRİŞ SINAVI ADAY TANIMA FORMU

8. Bugüne kadar hiç ameliyat oldunuz mu? Evet ( ) Hayır ( )  
(Geçirilen ameliyat buraya yazılacak:.....)
9. Lens veya gözlük kullanıyor musunuz? Evet ( ) Hayır ( )  
(Kullanılıyorsa numarası yazılacak:.....)
10. Aileniz veya birinci derece akrabalarınız arasında psikolojik bir rahatsızlık yaşayan var mı, varsa yakınlık derecesini yazınız? Evet ( ) Hayır ( )  
(İlgili şahsın yakınlık derecesi buraya yazılacak:.....)
11. Tırnak yeme alışkanlığınız var mıdır? Evet ( ) Hayır ( )
12. Daha önceden vücudunuzun herhangi bir yeri yandı mı? Evet ( ) Hayır ( )  
(Yanan yer yazılacak:.....)
13. Vücudunuzun görünür herhangi bir yerinde belirgin bir iz var mıdır? Evet ( ) Hayır ( )  
(İz olan yer yazılacak:.....)
14. Bugüne kadar cildinizin bir yerine dövme yaptırdınız mı? Evet ( ) Hayır ( )  
(Dövme yaptırılan yer yazılacak:.....)
15. Kırık veya eksik dişiniz var mı? Evet ( ) Hayır ( )
16. Sürekli kullandığınız ilaç var mı? Evet ( ) Hayır ( )  
(İlaç isimleri yazılacak:.....)
17. Sara (epilepsi) hastası mısınız? Evet ( ) Hayır ( )
18. Bugüne kadar sağlığınızla ilgili yukarıdaki sorularda belirttikleriniz dışında ameliyat, düzenli ilaç kullanma, cihaz kullanma, hastanede yatma, trafik kazası, bulaşıcı hastalık ve benzeri durumları içeren sağlık öz geçmişinizi buraya özetleyiniz.

İMZA

Yukarıda verdiğim bütün bilgiler KESİNLİKLE DOĞRUDUR ....../....../2013

Adı Soyadı