



**KEPUTUSAN PEPERIKSAAN SEKOLAH** (Sertakan salinan Sijil Akademik yang berkenaan)

SRP/LCE/PMR Tahun : _____ Pangkat: _____		SPM/MCE/SPVM Tahun : _____ Pangkat: _____		STPM/HSC/STP Tahun : _____ Pangkat: _____	
Matapelajaran	Pangkat	Matapelajaran	Pangkat	Matapelajaran	Pangkat
B.Malaysia		B.Malaysia		Pengajian Am	
B.Ingggris		B.Malaysia (Lisan)		B.Malaysia	
Matematik		B.Ingggris		B.Ingggris	
Geografi		Matematik		Ekonomi	
Sejarah		Matematik Tambahan		Geografi	
Lukisan		Geografi		Sejarah	
Agama Islam		Sejarah		Lukisan	
Sains Paduan		Lukisan		Matematik	
Sains Pertanian		Agama Islam		Matematik Prinsipal	
Sains Rumahtangga		Sains Paduan		Matematik Lanjutan	
Perdagangan		Fizik		Fizik	
Kemahiran Hidup		Kimia		Kimia	
		Biologi		Biologi	
		Perakaunan		Perakaunan	

**KELULUSAN PENGAJIAN TINGGI DAN LAIN-LAIN SIJIL** (Sertakan salinan Diploma/Ijazah/keputusan peperiksaan akhir dan sijil berkaitan)

Tarikh Lulus	Nama Institusi	Anugerah	Bidang

**PENGALAMAN BEKERJA**

Nama Jawatan	Majikan dan Alamat	Gaji Bersih Sebulan	Tempoh Bekerja	
			Dari	Hingga

**STATUS KESIHATAN PEMOHON**

Adakah anda mempunyai penyakit-penyakit seperti yang berikut :-

- |  |                             |                                |                                 |                             |                                |
|--|-----------------------------|--------------------------------|---------------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| 1. Kencing Manis                       | Ya <input type="checkbox"/> | Tidak <input type="checkbox"/> | 8. Sakit Lelah                  | Ya <input type="checkbox"/> | Tidak <input type="checkbox"/> |
| 2. Lemah Jantung                       | Ya <input type="checkbox"/> | Tidak <input type="checkbox"/> | 9. Buta Warna                   | Ya <input type="checkbox"/> | Tidak <input type="checkbox"/> |
| 3. Sawan                               | Ya <input type="checkbox"/> | Tidak <input type="checkbox"/> | 10. Lain-lain; nyatakan : _____ |                             |                                |
| 4. Darah Tinggi                        | Ya <input type="checkbox"/> | Tidak <input type="checkbox"/> |                                 |                             |                                |
| 5. Kanser                              | Ya <input type="checkbox"/> | Tidak <input type="checkbox"/> | Jika ya, nyatakan : _____       |                             |                                |
| 6. Patah Tangan/Kaki/Lain-lain Anggota | Ya <input type="checkbox"/> | Tidak <input type="checkbox"/> | Jika ya, nyatakan : _____       |                             |                                |
| 7. Lain-lain Penyakit Yang Mudarat     | Ya <input type="checkbox"/> | Tidak <input type="checkbox"/> | Jika ya, nyatakan : _____       |                             |                                |

**TARAF KEUPAYAAN**

Sihat tubuh badan       Orang Kurang Upaya; nyatakan : \_\_\_\_\_

**KESANGGUPAN ANDA BEKERJA DALAM PELBAGAI WAKTU DAN TEMPAT BERTUGAS SEPERTI YANG BERIKUT :-**

- |  |                             |                                |
|--|-----------------------------|--------------------------------|
| 1. Sanggup bekerja syif/giliran  | Ya <input type="checkbox"/> | Tidak <input type="checkbox"/> |
| 2. Sanggup bekerja luar masa pejabat   | Ya <input type="checkbox"/> | Tidak <input type="checkbox"/> |
| 3. Sanggup bekerja waktu kerja anjal   | Ya <input type="checkbox"/> | Tidak <input type="checkbox"/> |
| 4. Sanggup bertugas dan ditukarkan pada bila-bila masa ke Jabatan/<br>Bahagian/Unit dalam Majlis seperti yang diarahkan oleh Yang Dipertua | Ya <input type="checkbox"/> | Tidak <input type="checkbox"/> |

**PERNAHKAH ANDA DISABITKAN DENGAN KESALAHAN JENAYAH/SIVIL/SYARIAH** Ya  Tidak

**PENGAKUAN PEMOHON**

Saya akui bahawa keterangan yang saya berikan adalah benar. Saya memahami bahawa sekiranya maklumat itu didapati tidak benar, permohonan saya akan terbatal dan jika saya telah ditawarkan, perkhidmatan saya akan ditamatkan.

**TANDATANGAN PEMOHON :** \_\_\_\_\_

**TARIKH :** \_\_\_\_\_

\*Jika tuan/puan tidak dihubungi selepas tempoh tiga (3) bulan, permohonan tuan/puan dianggap tidak berjaya. Sebarang rayuan tidak akan diterima.

