

No Pekerja Dijana :



Borang Perjawatan UITM 99/1 (Pind.2015)

BIODATA PERIBADI STAF

Gambar

Ukuran

Pasport

A. MAKLUMAT PERIBADI

Nama Penuh :

Gelaran :

No. K/P (Baharu) : Jantina : Lelaki
 Perempuan

No. K/P (Lama) :

Negeri Lahir : Bangsa :

Agama : Tarikh Lahir :

Warganegara : Kumpulan Darah :

Taraf Perkahwinan : Bujang Berkahwin No. Sijil Kelahiran :
 Duda Janda (sila sertakan salinan)

Alamat Tetap :

Poskod : Bandar : Negeri :

No. Tel Rumah : No. Telefon Bimbit :

Alamat Surat Menyurat :

Poskod : Bandar : Negeri :

No. Tel Rumah :

B. MAKLUMAT-MAKLUMAT LAIN

Tarikh Lapor Diri : Jawatan : Gred :

Bahagian/ Fakulti/ Kampus :

No. KWSP : No. Cukai Pendapatan :

No. Pencen : Tarikh Peletakan Taraf Berpencen (PTB) :

C. SEJARAH KELAYAKAN

Bil	Kelayakan Akademik	Bidang	Sekolah/Institut/Universiti	Negara	CGPA	Tarikh Lulus
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						

D. MAKLUMAT SUAMI / ISTERI * Sila buat salinan bahagian ini sekiranya jumlah isteri melebihi daripada seorang.
* Sila sertakan salinan Sijil Nikah.

Nama : No. Pekerja :
(jika staf UiTM)

No K/P : Bangsa :

Tarikh Nikah : Tarikh Lahir : Negeri Lahir :

Alamat Rumah :

Poskod : Bandar : Negeri :

No Tel Rumah : No. Telefon Bimbit :

Alamat Majikan :

Poskod : Bandar : Negeri :

Pekerjaan : No Telefon Pejabat :

E. MAKLUMAT ANAK * Sila sertakan salinan Sijil Kelahiran / salinan Kad Pengenalan

No. Sijil Kelahiran / No. K/P	Nama	Tarikh Lahir	Jantina (L/P)	Hubungan (Kandung /Tiri / Angkat)	Taraf Perkahwinan (K/B)	Status Anak (Bekerja/ Tidak Bekerja/ Belajar / OKU)
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						

* Sekiranya anak angkat, sila sertakan surat pengesahan daripada pihak Jabatan Kebajikan Masyarakat.

* Sila sertakan salinan kad / pengesahan daripada Jabatan Kebajikan Masyarakat jika anak berstatus Orang Kelainan Upaya (OKU)

* Sila sertakan surat pengesahan daripada Institut Pengajian Tinggi/ pusat pengajian jika anak yang berumur 18 tahun hingga bawah 21 tahun yang masih belajar.

F. MAKLUMAT IBU / BAPA

* Maklumat ibu bapa yang dinyatakan di bawah akan diguna pakai bagi tujuan kelayakan kemudahan perubatan. Sebarang perubahan di masa akan datang, tuan/ puan perlu merujuk kembali ke Pejabat Pendaftar untuk pengemaskinian.
* Sekiranya ibubapa angkat, sila sertakan surat pengesahan daripada pihak Jabatan Kebajikan Masyarakat. Manakala bagi ibu bapa tiri, sila sertakan salinan sijil nikah ibu bapa.

1. Nama Bapa :
No. K/P : Bangsa : Pekerjaan :
Alamat Rumah :
Poskod : Bandar : Negeri :
No. Tel Rumah : No. Telefon Bimbit : No. Telefon Pejabat :
Alamat Majikan :
Poskod : Bandar : Negeri :

Pertalian : Kandung Tiri
 Angkat

2. Nama Ibu :
No. K/P : Bangsa : Pekerjaan :
Alamat Rumah :
Poskod : Bandar : Negeri :
No. Tel Rumah : No. Telefon Bimbit : No. Telefon Pejabat :
Alamat Majikan :
Poskod : Bandar : Negeri :

Pertalian : Kandung Tiri
 Angkat

G. MAKLUMAT KELUARGA / SAUDARA TERDEKAT (Selain Suami / Isteri / Ibu Bapa)

1. Nama : No. K/P :
Alamat Rumah :
Poskod : Bandar : Negeri :
No. Tel Rumah : No. Telefon Bimbit :
Alamat Majikan :
Poskod : Bandar : Negeri :
No. Telefon Pejabat : Pertalian :

2. Nama : No. K/P :

Alamat Rumah :

Poskod : Bandar : Negeri :

No. Tel Rumah : No. Telefon Bimbit :

Alamat Majikan :

Poskod : Bandar : Negeri :

No. Telefon Pejabat : Pertalian :

H. MAKLUMAT KELAINAN UPAYA (OKU)

1. Adakah anda OKU : Ya Tidak
2. No. Kad OKU (jika ya) :
3. Jenis Kelainan Upaya (tandakan dalam kotak berkenaan) :

<u>Kod</u>	<u>Jenis</u>	<input type="checkbox"/>	<u>Kod</u>	<u>Jenis</u>	<input type="checkbox"/>
01	Buta kedua belah mata	<input type="checkbox"/>	56	Sebelah tangan kurang/Tidak berfungsi	<input type="checkbox"/>
02	Buta sebelah mata	<input type="checkbox"/>	57	Kedua tangan kurang/Tidak berfungsi	<input type="checkbox"/>
03	Penglihatan terhad (<i>low vision</i>)	<input type="checkbox"/>	61	Tiada sebelah kaki	<input type="checkbox"/>
11	Kurang pendengaran	<input type="checkbox"/>	62	Tiada kedua belah kaki	<input type="checkbox"/>
12	Pekak	<input type="checkbox"/>	63	Sebelah kaki kecil/Bengkok/Pendek/Untut	<input type="checkbox"/>
21	Bisu	<input type="checkbox"/>	64	Kedua kaki kecil/Bengkok/Pendek/Untut	<input type="checkbox"/>
41	Pekak dan Bisu	<input type="checkbox"/>	65	Sebelah kaki kurang/Tidak berfungsi	<input type="checkbox"/>
51	Tiada sebelah tangan	<input type="checkbox"/>	66	Kedua belah kaki kurang/Tidak berfungsi	<input type="checkbox"/>
52	Tiada kedua belah tangan	<input type="checkbox"/>	81	Bongkok	<input type="checkbox"/>
53	Cacat jari/Tiada jari/Tiada tapak tangan	<input type="checkbox"/>	82	Spastik	<input type="checkbox"/>
54	Sebelah tangan kecil/Bengkok/Pendek	<input type="checkbox"/>	83	Lumpuh/Polio	<input type="checkbox"/>
55	Kedua belah tangan kecil/Bengkok/Pendek	<input type="checkbox"/>	84	Lemah/Mati sebelah badan	<input type="checkbox"/>

Saya mengaku semua maklumat yang diberikan dalam dokumen ini adalah benar. Saya faham dan setuju bahawa sebarang kenyataan yang palsu atau keterangan yang ditinggalkan dengan sengaja boleh menyebabkan saya tidak layak untuk dilantik dan jika saya telah berkhidmat, tindakan tatatertib boleh diambil terhadap saya kelak, termasuklah ditamatkan perkhidmatan.

Tarikh :

Tandatangan :

Untuk Kegunaan Pejabat :

Disemak Oleh :
Tandatangan :
Tarikh :