

**A Bendine Göre Müracaat Edecek Hekimler İçin**  
(Askerlik Dönüşü veya Doğum Sonrası Başvuru Yapan Hekimler)

**İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE**  
**MERSİN**

T.C.Kimlik No: .....

A.H. 1. Aşama uyum Eğitimi Sertifika No:.....

Diploma Tescil No:.....

Hizmet Puanı:.....

Devlet Hizmet Yükümlülüğü :  Var  Yok

İlimiz ..... İlçesi ..... Aile Sağlığı Merkezinde  
.....No'lu Aile Hekimi olarak görev yapmakta iken  
.....tarihinde askerlik görevi/doğum izni için aile hekimliği  
görevimden ayrıldım.

.....tarihi itibariyle askerlik görevimi/doğum iznimi  
tamamlayarak.....'de görevime tekrar  
başlamış bulunmaktayım.

...../...../..... tarihinde yapılacağı ilan edilen ...../..... Ek Yerleştirme işlemine  
katılmak istiyorum.

Mersin il Sağlık Müdürlüğünün ...../..... Ek Yerleştirme işlemi Usul ve Esaslarını  
okudum, anladım, kabul ediyorum.

Ekte mevcut olan hizmet puanı çizelgemde görev yerlerim, süreleri, tarihleri ve  
puanları mevcuttur. İtirazım olmadığını belirtir, doğruluğunu beyan ederim.

Başvuru belgesini, aile hekimliği uygulaması için başvuru esaslarına uygun olarak  
doldurduğumu, tüm bilgi ve ekte sunduğum belgelerin doğru olduğunu, herhangi birinin  
doğru olmadığı saptanırsa, aile hekimliği başvurumun veya aile hekimi olarak atamamın  
geçersiz kalacağını kabul eder, aile hekimliği uygulamasında görev yapabilmem hususunda;

Gereğini arz ederim.

Adres ve Telefon:

Dr:.....

Tarih:.....

İmza:.....

**EKLER:**

- 1.Aile Hekimliği Sözleşmesinin Askerlik/Gebelik Nedeniyle Fesih Edildiğini Gösterir Belge
- 2.Göreve Başlama Belgesi
- 3.Geçerli Kimlik Fotokopisi
- 4.Ücretsiz İzne Çıkma Belgesi(Valilik Oluru)
- 5-Kamu Görevine Başlama Belgesi (Valilik Oluru)
- 6-P.B.S. den Alınan Detaylı Hizmet Puanı Cetveli