

B1 Bendine Göre Müracaat Edecek Hekimler İçin

(Fiilen Aile Hekimi Olarak Görev Yapan Aile Hekimliği Uzmanları)

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE MERSİN

T.C.Kimlik No:

Diploma Tescil No:.....

Hizmet Puanı:.....

Devlet Hizmet Yükümlülüğü : Var Yok

İlimiz İlçesi Aile Sağlığı Merkezinde
..... No' lu Aile Hekimi olarak görev yapan Aile Hekimliği
Uzmanıyım...../...../..... Tarihinde sözleşmeli Aile Hekimi olarak göreve başlayarak, fiilen
1 (Bir) yıllık çalışma süremi doldürmüş bulunmaktayım.

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

Mersin İl Sağlık Müdürlüğünün/..... Ek Yerleştirme İşlemi 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
doldürdüğümü, 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:

Uzm. Dr:.....

Tarih:.....

İmza:.....

EKLER:

- 1-P.B.S. den Alınan Detaylı Hizmet Puanı Cetveli
- 2-Geçerli Kimlik Fotokopisi