

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 İl 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