

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 yapılacak 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 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-P.B.S. den Alınan Detaylı Hizmet Puanı Cetveli

2-Geçerli Kimlik Fotokopisi