

**C Bendine Göre Müracaat Edecek Hekimler İçin**  
(Fiilen Aile Hekimliği Yapan Pratisyen 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 Hekimliği biriminde ...../...../..... Tarihinde sözleşmeli aile  
hekimisi olarak göreve başlayarak, fiilen 1 (bir) yıllık çalışma süremi doldurmuş  
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 hekimisi 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

**C Bendine Göre Müracaat Edecek hekimler İçin**  
( a bendindeki bir defalık tercih hakkını kullanmayan aile hekimleri)

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 ..... - ..... tarihleri arasında görev  
yaptım. Askerlik dönüşü/Doğum sonrası ( a ) bendindeki bir defalık tercih hakkımı  
kullanmadım.

...../..... 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 çizelgede 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 sözleşmesi imzalamadan önce Sağlık Bakanlığı kadrolarında çalışmakta olan  
hekimler için **Güncel PBS** ( Hizmet Puanı Dökümü) çıktısı / Aile Hekimliği sözleşmesi  
imzalamadan önce Sağlık Bakanlığı dışındaki kamu kurum ve kuruluşlarında görevli olan aile  
hekimleri için detaylı hizmet cetveli dökümü (Kurumdan onaylı)

2-Geçerli kimlik fotokopisi

3- (a) bendindeki bir defalık tercih hakkını kullanmadıklarına dair Müdürlükçe talep edilecek  
belgeler.

### C Bendine Göre Müracaat Edecek hekimler İçin

(Sağlık Bakanlığı Atama ve Nakil Yönetmeliği Kapsamında Mazeret Nedeni ile Naklen Tayin Olanlardan Atama Kararından Önceki Son Bir Yıl Boyunca Aile Hekimliği Yapmış Olanlar İçin)

#### 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 ..... - ..... Tarihleri arasında görev yaptım.

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

2-Geçerli Kimlik Fotokopisi

3-Mazeret nedeniyle naklen tayin olduğuna ve atama kararından önceki son 1(bir) yıl boyunca Aile Hekimliği yapmış olduğuna dair belgeler

4-Kadrosu Kamu Hastaneler Birliğinde ve Sağlık Müdürlüğünde olan Hekimler için Ek 1 ve Ek 2'ye göre düzenlenmiş kurumlarından alacakları Muvafakatname ve Hizmet Belgesi Dökümü (Kurumlarından İmzalı, Onaylı)

5- 1.Aşama Uyum Eğitimi Sertifika Fotokopisi ( aslı gibidir onayı yapılmış)

(Mevzuat hükümleri gereği Üniversitelerde 1 ay süre ile Aile Hekimliği stajı yapmış olarak mezun olan hekimler 1.Aşama Eğitiminden muaf tutulurlar.)

.....  
.....

Halen .....  
kadrosu ile ..... görev  
yapmaktayım.

Yürürlükteki mevzuatta “ Aile Hekimliği yerleştirmeleri il bazında yapılır. İldeki kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan aile hekimliği uzmanları, tabipler ve diğer uzman tabiplerden muvafakati verilenler başvuru yaparlar” hükmü yer almaktadır.

İlimizde Mersin İl Sağlık Müdürlüğüne ..... tarihine kadar ...../.....ek yerleştirme işlemleri için hekimlerin müracaatları alınmaya başlanmıştır.

Yukarıda yer alan mevzuat hükümlerine göre ildeki kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan aile hekimliği uzmanları, tabipler ve diğer uzman tabiplerin sözleşmeli çalışmak üzere başvuru hakları bulunması nedeniyle İlimizde Aile hekimliği uygulamasında görev almak üzere başvuruda bulunmak istiyorum. Ancak Mersin İl Sağlık Müdürlüğüne başvuruda bulunurken diğer evraklarla birlikte kurumumuzdan alacağımız muvafakat belgesinin de eklenmesi gerekmektedir.

Bu itibarla Mersin İl Sağlık Müdürlüğüne sunulmak üzere aile hekimliği uygulaması sırasında kadromun bulunduğu yerden ücretsiz izinli sayıldığıma dair muvafakatimin tarafıma verilmesi için gereğini arz ederim. .... / ..... / .....

Dr. ....  
..... Doktoru

**ADRES** :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

T.C.

.....  
.....

Sayı : .....

Konu : ..... ' un Muvafakatnamesi

**İLGİLİ MAKAMA**

Kurumumuz Hekimi Dr. .... /.../..... tarihli dilekçesi ile, İlimizde devam eden Aile Hekimliği Uygulamasında görev almak istediğini belirterek kendisine Mersin İl Sağlık Müdürlüğüne sunulmak üzere kadrosunun bulunduğu yerden ücretsiz izinli sayılacağına dair muvafakat belgesinin verilmesini talep etmiştir.

Bu itibarla Dr. ....'a İlimizde başlayan Aile Hekimliği uygulamasında görev alabilmesi için kurumumuzdaki mevcut kadrosundan ücretsiz izinli sayıldığına dair muvafakat kurumumuzca verilmiştir.

Bu belge adı geçenin isteği üzerine düzenlenmiştir.

Bilgilerinize sunarım.

.....

.....

**C Bendine Göre Müracaat Edecek Hekimler için**

( İl Sağlık Müdürü, Müdür yardımcısı ve Şube Müdürü olarak görev yapan tabip ve uzman tabiplerden Aile Hekimliğine başvurmaları ve yerleştirme hakkı elde etmesine rağmen idari görevlerinden ayrılmaları Bakanlıkça uygun görülmeyenler için;)

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

...../...../..... 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 çizelgede 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-Kadrosu Kamu Hastaneler Birliğinde ve Sağlık Müdürlüğünde olan Hekimler için Detaylı Hizmet Döküm Belgesi (kurumlarından imzalı, onaylı)
- 3-Geçerli Kimlik Fotokopisi
- 4-İl Sağlık Müdürü, Müdür yardımcısı ve Şube Müdürü olarak görev yapan tabip ve uzman tabiplerden Aile Hekimliğine başvurmaları ve yerleştirilme hakkı elde etmesine rağmen idari görevlerinden ayrılmalarının Bakanlıkça uygun görülmediğine dair belge.
- 5- Ek 1 ve Ek 2'ye göre düzenlenmiş kurumlarından alacakları muvafakatname (alınan muvafakatnamede süre belirtilmeyecektir.)
- 6- 1.Aşama Uyum Eğitimi Sertifika Fotokopisi ( aslı gibidir onayı yapılmış)  
(Mevzuat hükümleri gereği Üniversitelerde 1 ay süre ile Aile Hekimliği stajı yapmış olarak mezun olan hekimler 1.Aşama Eğitiminden muaf tutulurlar.)

**C Bendine Göre Müracaat Edecek Hekimler için**

( Yargı Kararının Uygulanması nedeniyle Sözleşmesi feshedilen Aile Hekimleri)

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

05 Temmuz 2010 tarihi itibariyle ilimizde başlamış olan Aile Hekimliği Uygulaması kapsamında İlimiz ..... İlçesi ..... Aile Sağlığı Merkezinde..... No' lu Aile Hekimi olarak ...../..... Tarihleri arasında görev yaptım.

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

2-Kadrosu Kamu Hastaneler Birliğinde ve Sağlık Müdürlüğünde olan Hekimler için Detaylı Hizmet Döküm Belgesi (kurumlarından imzalı, onaylı)

3-Geçerli Kimlik Fotokopisi

4-Sözleşmesinin yargı kararının uygulaması bakımından başka birinin göreve başlatılması zarureti nedeniyle feshedildiğine dair belgeler

5- Ek 1 ve Ek 2'ye göre düzenlenmiş kurumlarından alacakları muvafakatname (alınan muvafakatnamede süre belirtilmeyecektir.)

.....

.....

Halen .....  
kadrosu ile ..... görev yapmaktayım.

Yürürlükteki mevzuatta “ Aile Hekimliği yerleştirmeleri il bazında yapılır. İldeki kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan aile hekimliği uzmanları, tabipler ve diğer uzman tabiplerden muvafakati verilenler başvuru yaparlar” hükmü yer almaktadır.

İlimizde Mersin İl Sağlık Müdürlüğüne ..... tarihine kadar ...../.....ek yerleştirme işlemleri için hekimlerin müracaatları alınmaya başlanmıştır.

Yukarıda yer alan mevzuat hükümlerine göre ildeki kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan aile hekimliği uzmanları, tabipler ve diğer uzman tabiplerin sözleşmeli çalışmak üzere başvuru hakları bulunması nedeniyle İlimizde Aile hekimliği uygulamasında görev almak üzere başvuruda bulunmak istiyorum. Ancak Mersin İl Sağlık Müdürlüğüne başvuruda bulunurken diğer evraklarla birlikte kurumumuzdan alacağımız muvafakat belgesinin de eklenmesi gerekmektedir.

Bu itibarla Mersin İl Sağlık Müdürlüğüne sunulmak üzere aile hekimliği uygulaması sırasında kadromun bulunduğu yerden ücretsiz izinli sayıldığıma dair muvafakatimin tarafıma verilmesi için gereğini arz ederim. .... / ..... / .....

Dr. ....  
..... Doktoru

**ADRES** :

.....  
.....  
.....  
.....  
.....



T.C.

.....  
.....

Sayı : .....

Konu : ..... ' un Muvafakatnamesi

**İLGİLİ MAKAMA**

Kurumumuz Hekimi Dr. .... /.../..... tarihli dilekçesi ile, İlimizde devam eden Aile Hekimliği Uygulamasında görev almak istediğini belirterek kendisine Mersin İl Sağlık Müdürlüğüne sunulmak üzere kadrosunun bulunduğu yerden ücretsiz izinli sayılacağına dair muvafakat belgesinin verilmesini talep etmiştir.

Bu itibarla Dr. ....'a İlimizde başlayan Aile Hekimliği uygulamasında görev alabilmesi için kurumumuzdaki mevcut kadrosundan ücretsiz izinli sayıldığına dair muvafakat kurumumuzca verilmiştir.

Bu belge adı geçenin isteği üzerine düzenlenmiştir.

Bilgilerinize sunarım.

.....

.....