

**(A) BENDİNE GÖRE MÜRACAAT EDECEK HEKİMLERDEN İSTENEN  
BELGELER;**

**A Bendi:** Askerlik dönüşü veya doğum sonrası bir defalık tercih hakkı bulunan aile hekimleri, **(kadrosu Kastamonu ilinde olan)**

- 1) Dilekçe (EK-1/A),
- 2) Başvuru Formu (EK-2),
- 3) Hekim Bilgi Formu (EK-3),
- 4) Aile hekimliği sözleşmesinin askerlik veya doğum nedeniyle fesih edildiğini gösterir belge,
- 5) Göreve başlama belgesi (askerlik dönüşü veya doğum sonrası). Bu grupta bulunan aile hekimlerinin öncelik sıralaması askerlik veya doğum sonrası kamu görevine başlama tarihidir.
- 6) Geçerli kimlik fotokopisi,
- 7) Hizmet puanı belgesi, hizmet puanını detaylı gösteren personel bilgi sistemi (PBS) (<http://sbu2.saglik.gov.tr/personellslemleri/>) çıktısı dilekçe sahibi tarafından adı soyadı ve hizmet puanına itirazı olmadığı belirtilerek imzalanması gerekmektedir.
- 8) Aile hekimliği sözleşmesinin askerlik veya doğum nedeniyle fesih edilmesinden önce fiilen en az altı ay aile hekimliği yaptığına dair belge.
- 9) Tabiplerin (Aile Hekimliği Uzmanları dahil) 3359 sayılı kanun kapsamında devlet hizmeti yükümlüsü olup olmadıklarını bildirir onaylı belge ile başvuruları alınacak olup; ***"Sadece kadrolarının bulunduğu ilçe sınırları içerisinde veya aynı il içerisinde olmak kaydıyla sosyo-ekonomik gelişmişlik sıralamasına göre kadronun bulunduğu ilçe ile aynı gelişmişlik seviyesinde ya da düşük gelişmişlik seviyesinde bulunan ilçe sınırları içerisinde aile hekimliği pozisyonlarına başvurarak yerleşebileceklerdir."***

**KASTAMONU İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE**  
**( Aile Hekimliği Birimi )**

10 Kasım 2008 tarihi itibariyle ilimizde başlamış olan Aile Hekimliği Uygulaması kapsamında ilimiz ..... 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.

...../.../2018 tarihinde yapılacağı ilan edilen ..... ek yerleştirme işlemine katılmak istiyorum.

Gereğini arz ederim.

Dr:.....

Tarih:.....

İmza:.....

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

(A.H 1.Aşama Uyum Eğitimi Sertifikası Bulunan

Hekimler için) Sertifika No:.....

Diploma Tescil No:.....

Devlet Hizmet Yükümlülüğü :  Var  Yok

ADRES VE TELEFON \_\_\_\_\_:

## KASTAMONU İLİ

## AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI İÇİN BAŞVURU FORMU

Kastamonu İli ..... İlçesinde ..... olarak görev yapmaktayım.

Kastamonu İlinde uygulanmakta olan aile hekimliği uygulamasında görev almak istiyorum.

- 1- Adı ve Soyadı :
- 2- T.C. Kimlik No :
- 3- Sicil No :
- 4- Hizmet Puanı :
- 5- A.H.Uyum Eğt. Sertifika No(Varsa) :
- 6- Doğum Yeri ve Tarihi :
- 7- Asıl Görev Yeri :
- 8- Varsa Geçici Görev Yeri :
- 9- Varsa daha önceki görev yerleri ( Şu an görev yapılan yerden başlanarak göreve başlama tarihine göre sıralama yapılacaktır.)

Bu başvurma belgesini, aile hekimliği uygulaması için başvuru esaslarına uygun olarak doldurduğumu ve bütün bilgilerin doğru olduğunu bildiririm. Verdiğim bilgilerin herhangi birinin doğru olmadığı saptanırsa, adaylığımın veya aile hekimi olarak atamamın geçersiz sayılacağını, koşullara uymadığım takdirde bir hak aramayacağımı kabul eder, aile hekimliği uygulamasında görev yapabilmem için gereğini saygılarımla arz ederim.

Adres :

Tarih-İmza

Tel :

**HEKİM BİLGİ FORMU**

**Adı-Soyadı** :

**T.C. Kimlik No** :

**Doğum Tarihi ve Yeri** :

**Mezun Olduğu Üniversite** :

**Mezuniyet Yılı** :

**Varsa Uzmanlık Dalı** :

**Görev Yeri** :

**Görev Yeri Adresi** :

**İLETİŞİM** :

**Ev Tel** :

**İş Tel** :

**GSM** :

**e-Mail** :

**İmza****Tarih : ...../...../2018**