

**D) BENDİNE GÖRE MÜRACAAT EDECEK HEKİMLERDEN İSTENEN
BELGELER;**

D Bendi: a) Kadrosu ve pozisyonu Kastamonu ilinde olan (Sağlık Bakanlığı Kadrolarında çalışan) Tabip/Uzman Tabipler.

b) Kadrosu ve pozisyonu Kastamonu ilinde bulunan Sağlık Bakanlığı kadroları dışında çalışan Tabipler. Kadrosu ve pozisyonu Kastamonu ilinde olan (Sağlık Bakanlığı Kadrolarında çalışan) Tabip/Uzman Tabipler.

1) Dilekçe (EK-1/F veya EK1/G)
2) Başvuru formu (EK-2)
3) Hekim Bilgi formu (EK-3)
4) Aile hekimliği sözleşmesi imzalamadan önce Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlar kadrolarında çalışmakta olan hekimler için 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.

5) Geçerli kimlik fotokopisi

6)

a. EK-4 Muvafakatname Başvuru Formu (Muvafakatlar Birimimizce toplu olarak onaya sunulacaktır.)

a. **Sağlık Bakanlığı kadroları dışındaki kurumlardan** başvuru yapacak hekimlerin kurumlarından muvafakatname almaları gerekmektedir.

7) 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.”***

(d) Bendine Göre Müracaat Edecek **Sağlık Bakanlığı** Kadrolarında Çalışan Hekimler İçin)

KASTAMONU İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
(*Aile Hekimliği Birimi*)

Kastamonu İli İlçesi'de
Tabip/Uzman Tabip olarak görev yapmaktayım.

10 Kasım 2008 tarihi itibariyle Kastamonu ilinde başlamış olan Aile Hekimliği Uygulaması kapsamında Aile Hekimi olarak görev almak istiyorum.

Bu nedenle/.../2018 tarihinde yapılacağı ilan edilen Ek yerleştirme işlemine katılabilmem için 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 _____:

(d) Bendine Göre Müracaat Edecek **Sağlık Bakanlığı Dışındaki Kurumlardan**
Başvuran Hekimler İçin

KASTAMONU İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
(Aile Hekimliği Birimi)

Kastamonu İli İlçesi
.....'de /Tabip/Uzman Tabip olarak görev yapmaktayım.

10 Kasım 2008 tarihi itibariyle Kastamonu ilinde başlamış olan Aile Hekimliği Uygulaması kapsamında Aile Hekimi olarak görev almak istiyorum.

Bu nedenle/.../2018 tarihinde yapılacağı ilan edilen ek yerleştirme işlemine katılabilmem için gereğini arz ederim.

Dr:.....

Tarih:.....

İmza:.....

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

(A.H 1.Aşama Uyum Eğitimi Sertifikası Bulunan
Hekimler İçin) 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

KASTAMONU İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

Halen ünvanıyla ve Dr..... Sicili ile
..... kurumunda 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 tarihinde Müdürlüğümüzce yapılacak olan Ek yerleştirmesine katılabilmem ve aile hekimliği uygulaması sırasında kadromun bulunduğu yerden ücretsiz izinli sayıldığıma dair muvafakatimin verilmesi için gereğini arz ederim. / / 2018

Dr:.....

Tarih:.....

İmza:.....

ADRES _____ :