

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

C Bendi: Sözleşmeli aile hekimi olarak görev yapanlar için için;

- 1) Dilekçe (EK-1/C, EK-1/D, veya EK-1/E)
- 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) Görev yaptığı Aile Hekimliği Birimine başlayış tarihini ve kullandıkları izin-rapor durumlarını gösteren belge.
- 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."
- 8) Sağlık Bakanlığı Atama ve Nakil Yönetmeliği kapsamında mazeret nedeni ile naklen tayin olanlardan atama kararından önceki son bir yıl boyunca aile hekimliği yapmış olan hekimlerin durumlarını bildirir belge ile başvuru yapmaları gerekmektedir.
- 9) Sağlık Bakanlığı Atama ve Nakil Yönetmeliği kapsamında mazeret nedeni ile naklen tayin olanlardan atama kararından önceki son bir yıl boyunca aile hekimliği yapmış olan hekimlerin durumlarını bildirir belge ile başvuru yapmaları gerekmektedir.(Sadece mazeret nedeniyle naklen tayin olanlardan Ek-1/E ye tabi olanlar verecektir.)

Sözleşmeli aile hekimi olarak görev yapanlar için;**KASTAMONU İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
(Aile Hekimliği Birimi)**

10 Kasım 2008 tarihi itibariyle ilimizde başlamış olan Aile Hekimliği Uygulaması kapsamında İlimiz İlçesi Aile Sağlığı MerkezindeNolu Aile Hekimi olarak görev yapmaktayım.

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

Gereğini arz ederim.

Dr:.....

Tarih:.....

İmza:.....

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

Diploma Tescil No:.....

Devlet Hizmet Yükümlülüğü : Var Yok

ADRES VE TELEFON _____ :

Takip eden ilk yerleştirmede kullanılmak şartı ile; yargı kararının uygulanması bakımından başka birinin göreve başlatılması zarureti nedeniyle sözleşmesi feshedilen aile hekimleri için;

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

10 Kasım 2010 tarihi itibariyle ilimizde başlamış olan Aile Hekimliği Uygulaması kapsamında İlimiz İlçesi Aile Sağlığı MerkezindeNo'lu Aile Hekimi olarak- tarihleri arasında görev yaptım.

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

Gereğini arz ederim.

Dr:.....

Tarih:.....

İmza:.....

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

Diploma Tescil No:.....

Devlet Hizmet Yükümlülüğü : Var Yok

ADRES VE TELEFON _____ :

Takip eden ilk yerleştirmede kullanılmak üzere 25/01/2013 tarihinden sonra mazeret nedeniyle naklen tayin olanlardan atama kararından önceki son bir yıl boyunca aile hekimliği yapmış olan tabip ve uzman tabipler için;

**KASTAMONU İL SAğLIK MÜDÜRLÜğÜNE
(Aile Hekimliği Birimi)**

Aile Hekimliği Uygulaması kapsamında İli İlçesi
..... Aile Sağlığı Merkezinde No'lu Aile Hekimi olarak
..... - tarihleri arasında görev yaptım/.../2018 tarihinde
yapılacağı ilan edilen ek yerleştirme işlemine katılmak istiyorum.
Gereğini arz ederim.

Dr:.....
Tarih:.....
İmza:.....

T.C.Kimlik 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 :
- 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