

**KAMU PERSONELİ OLMAYAN AİLE SAĞLIĞI ÇALIŞANI İLE
AİLE HEKİMİ ARASINDA MUTABAKAT FORMU**

Aile Sağlığı Çalışanı :

Adı ve Soyadı :

T.C. Kimlik No :

Doğum Yeri ve Tarihi :

Mezun Olduğu Lise/Üniversite :

Mezun Olduğu Bölüm :

Mezun Olduğu Tarih :

Fotoğraf

İLETİŞİM BİLGİLERİ

Ev Telefonu : GSM : e-posta :

İkametgâh Adresi :

Aile Hekimliği Uygulaması Hakkında Yönetmeliğe göre aşağıda kimlik bilgileri belirtilen Aile Hekimi ile çalışmayı talep ediyorum.

**Aile Sağlığı Çalışanı
Tarih-İmza**

Aile Hekimi :

Adı ve Soyadı :

T.C. Kimlik No :

Doğum Yeri ve Tarihi :

Asli Görev Yeri :

Aile Hekimliği Birim Kodu :

Aile Sağlığı Merkezi Adı :

Aile Hekimliği Uygulaması Hakkında Yönetmeliğe göre yukarıda kimlik bilgileri belirtilen Aile Sağlığı Çalışanı ile çalışmayı talep ediyorum.

**Aile Hekimi
Tarih-Kaşe-İmza**