

**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**