

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

AYDIN

.....tarhinde.....
..... Bölümündenunvanıyla mezun oldum. Aile Hekimliği uygulamasında Kamu Personeli Olmayan Sözleşmeli Aile Sağlığı Çalışanı olarak görev almak istiyorum.

Bu başvurma belgesini, Aile Hekimliği uygulaması için başvuru esaslarına uygun olarak doldurduğumu ve bütün bilgilerin doğru olduğunu bildiririm. **Başvuru tarihinden 6 (altı) ay öncesine kadar kamu görevlisi olarak (657sayılı Kanun 4/A, 4/B, 4924 sayılı Kanun, 399 sayılı KHK, 5393 sayılı Kanunun 49 uncu maddesine göre çalışanlar v.b) çalışmadığımı beyan ederim.** Verdiğim bilgilerin herhangi birinin doğru olmadığı saptanırsa Aile Sağlığı Çalışanı olarak yerleştirmemin geçersiz sayılacağını, koşullara uymadığım takdirde bir hak aramayacağımı kabul eder, Aile Hekimliği uygulamasında Kamu Personeli Olmayan Sözleşmeli Aile Sağlığı Çalışanı olarak görev yapabilmem için gereğini arz ederim.
.../.../2021

İLETİŞİM BİLGİLERİ :

Adres :.....
.....
.....

Tarih :
Ünvanı :
T.C.Kimlik No:
Telefon :
İmza :

E-Posta :.....@.....