**EK-1**

*Askerlik Görevi/Doğum İzni Sonrası Başlayan Hekimler İçin*

**AYDIN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE**

Aile Hekimliği Uygulaması kapsamında İlimiz ……………… İlçesi ……………….. Aile Sağlığı Merkezinde ………………..Nolu Aile Hekimi olarak görev yapmakta iken ……………………………tarihinde askerlik görevi/doğum izni için aile hekimliği görevimden ayrıldım.

…………………tarihi itibariyle askerlik görevimi/doğum iznimi tamamlayarak…………………..’de görevime tekrar başlamış bulunmaktayım.

…../…/2017 tarihinde yapılacağı ilan edilen ek yerleştirme işlemine katılmak istiyorum.

Gereğini arz ederim.

Dr:………………………..

Tarih:……………………..

İmza:……………………...

ADRES :

Doğum tarihi(*gün/ay/yıl*) :

TC. Kimlik No :

Cep Tel :

E-mail :

Dip. No :

Dip.Tes.No :

Aile Hekimliği Sertifika No :

Askerlik Görevi yada Doğum İzni

Dönüşü Göreve Başlama Tarihi :

Ekler:

1.Sağlık Bakanlığı Personel Bilgi Sistemi (PBS)’nden alınan Temmuz 2017 e dair Detaylı

**Hizmet Puan Belgesi (**Bu belgede puanlarını kabul ettiklerini gösterir imzaları olacaktır**.)**

**EK-2**

*Aile Hekimi olarak çalışan Aile Hekimliği Uzmanlar ve Aile Hekimleri için*

**AYDIN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE**

Aile Hekimliği Uygulamasında İlimiz……………….İlçesi …………………..Aile Sağlığı Merkezinde …………..Nolu Aile Hekimi olarak görev yapmaktayım …./…./2017 tarihinde yapılacak olan Aile Hekimliği yerleştirme işlemine katılmak istiyorum.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.…/…/…..

**Dr……..….………………**

ADRES :

Doğum tarihi(*gün/ay/yıl*) :

TC. Kimlik No :

Cep Tel :

E-mail :

Dip. No :

Dip.Tes.No :

Aile Hekimliği Sertifika No :

Aile Hekimliğine (Halen Çalıştığı

Pozisyon) Başlama Tarihi :

Ekler:

1)Sağlık Bakanlığı Personel Bilgi Sistemi (PBS)’nden alınan Temmuz 2017 e dair Detaylı

Hizmet Puan Belgesi (Bu belgede puanlarını kabul ettiklerini gösterir imzaları olacaktır.)

**EK-3**

*Aile Hekimliği Uzmanları veya Tabipler için*

**AYDIN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE**

Aydın İli ………………. İlçesinde………….. Kurumunda Aile Hekimliği uzmanı / tabip olarak görev yapmaktayım. Aile Hekimliği Uygulamasında Aile Hekimi olarak görev almak istiyorum …./…./2017 tarihinde yapılacak olan Aile Hekimliği yerleştirme işlemine katılmak istiyorum.

Gereğinin yapılmasını arz ederim. …/…/…..

**Dr…………………………**

ADRES :

Doğum tarihi(*gün/ay/yıl*) :

TC.Kimlik No :

Cep Tel :

E-mail :

Dip. No :

Dip.Tes.No :

Aile Hekimliği Sertifika No :

İlimizde Göreve Baş.Tarihi :

Ekler:

1)Sağlık Bakanlığı Personel Bilgi Sistemi (PBS)’nden alınan Temmuz 2017 e dair Detaylı

Hizmet Puan Belgesi (Bu belgede puanlarını kabul ettiklerini gösterir imzaları olacaktır.)

2)Sağlık Bakanlığı Personeli olmayan Kamu görevlisi olan Uzman Tabip ve tabiplerden

müracaat edeceklerin kurumlarından alacakları muvafakat belgesi

**(Muvafakat name)**

**İl Sağlık Müdürlüğü, (Mülga Kamu Hastaneler Birliği Sekterliği, Mülga Halk Sağlığı Müdürlüğü)’nden alınması gerekmektedir.**

**…/.../2017**

**AYDIN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE**

Kurumumuz Hekimi Dr……….. …../…../2017 tarihli dilekçesi ile, İlimizde devam eden Aile Hekimli Uygulamasında görev almak istediğini belirterek kendisine İl Sağlık Müdürlüğüne sunulmak üzere kadrosunun bulunduğu yerden ücretsiz izinli sayılacağına dair muvafakat belgesinin verilmesini talep etmiştir.

Bu itibarla Dr 'a İlimizde devam eden Aile Hekimliği uygulamasında görev alabilmesi için kurumumuzdaki mevcut kadrosundan ücretsiz izinli sayıldığına dair muvafakat kurumumuzca verilmiştir.

Bu belge adı geçenin isteği üzerine düzenlenmiştir.

Bilgilerinize arz ederim.

Sertifika Durumu (Var/Yok)..:

Sertifika Adı ,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,:

Sertifika Numarası …………:

Personelin Adı Soyadı ……………… :

TC …………………………………... :

Unvanı ……………………………….:

Kadrosunu Bulunduğu Kurum ………:

Görev Yeri …………………………...:

Sicil No ……………………………...:

Devlet Hizmet Yükümlülüğü Durumu.:

İmza :

**İnsan Kaynakları Kurum Yetkilisi**

**ONAY ONAY**

… /… / 2017 … / … / 2017