

ATAMA VE NAKİL TALEP FORMU

A- Tayin Talebinde Bulunan Sahsın

1- Adı Soyadı :
2- Sicil No/ T.C. No :
3- Görev Unvanı :
4- Görev Yeri :

B- Halen Çalışmakta Olduğu Görev Yeri

Hizmet Bölgesi Hizmet Alanı İl/İlçe Göreve Başladığı Tarih
...../...../.....

Başvuru Şartı: Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarında Görev Yapan Sağlık Hizmetleri ve Yardımcı Sağlık Hizmetleri Sınıfı Harici Personelin Atama ve Yer Değişikliği Yönergesinin Kurum İçi Yer Değişikliği başlıklı 7. Maddesi.

C- Naklen Atanmak İsteddiği Hizmet Alanı

(Tercih Sırasına Göre)

1-.....
2-.....
3-.....

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

.....emrinde..... kadrosunda görev yapmaktayım.
Şahsımla ilgili bilgiler yukarıda belirtilmiş olup, tayinimin yapılması hususunda;
Gereğini arz ederim.

...../...../2021

Adres :

Yukarıdaki bilgiler tarafımdan doldurulmuştur.

Adı Soyadı:

İmza:

Telefon :

EKLER :

1- Hizmet Belgesi
2- Sicil Özeti
3- Adli veya İdari Soruşturmanın Bulunup Bulunmadığını Bildirir Yazı
4- Muvafakat Yazısı

DOĞRULUĞUNU TASDİK EDERİM.(Yetkili Kurum Amiri)

Adı Soyadı :
Unvanı :
İmzası :
Tarih :