**(C Grub. Mür. eden Hek. İçin)**

**Sicil No ………………………**

**İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE**

 **DENİZLİ**

25.12.2006 tarihi itibariyle ilimizde başlamış olan Aile Hekimliği Uygulaması kapsamında İlimiz ………..………..……. İlçesi ……………..………………… Aile Sağlığı Merkezi 20/.…/….. no’lu Aile Hekimi olarak görev yapmaktayım. …./…./2018 tarihinde yapılacak olan Aile Hekimliği yerleştirme kurasına katılmak istiyorum.

Aşağıda yazdığım bilgilerin doğru olduğunu, bilgilerin herhangi birinin doğru olmadığı saptanırsa, müracaatımın veya aile hekimi olarak atamamın geçersiz sayılacağını, koşullara uymadığım takdirde bir hak aramayacağımı kabul eder, aile hekimliği kurasına katılabilmem için gereğinin yapılmasını arz ederim.

 …../…../2018

 Dr:……………………………

 İmza

T.C. Kimlik No :………………………………………………………………

Doğum Yeri ve Tarihi :……………………………………………………………..

Cep Telefonu : …………………………………………………………....

Asil Görev Yeri :………………………………………………………………

İlimizde Göreve Baş Tar. :………………………………………………………………

Hizmet Puanı :………………………………………………………………

Cep Telefonu :…………………………………………………………..…

E-mail Adresi :……………………………………………………...………

Aile Hekimliği Sertifikası Var ( ) Nosu …………… Yok ( )

EKLER:

1. P.B.S. Çıktısı (Güncel tarihli, itirazım yoktur yazılıp imzalanacak.)