**(B1-B2 Grub. Mür. eden Hek. İçin)**

**Sicil No ………………………..**

**İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE**

 **DENİZLİ**

**Aile Hekimliği Uygulamasında Görev Yapan Aile Hekimi Uzmanları İçin;**

25.12.2006 tarihi itibariyle ilimizde başlamış olan Aile Hekimliği Uygulaması kapsamında İlimiz …………..……….………. İlçesi …………..…………………… Aile Sağlığı Merkezi 20/…../..... no’lu Aile Hekimliği Biriminde **Aile Hekimi Uzmanı** olarak görev yapmaktayım.

**Aile Hekimliği Uygulamasında İlk Defa Görev Alacak Aile Hekimi Uzmanları İçin;**

İlimiz……………..…………..ilçesi………………………………………………..de **Aile Hekimi Uzmanı** 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 : …………………………………………………………....

Görev Yeri :………………………………………………………………

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

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

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

 EKLER:

1. P.B.S. Çıktısı (Güncel, itirazım yoktur yazılarak imzalanacak.)
2. Sağlık Bakanlığı dışındaki kamuda görevli aile hekimi uzmanları için muvafakat belgesi,