**( D Grubundan mür.eden Hek.İçin)**

**Sicil No:………………….**

**İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE**

 **DENİZLİ**

Denizli İli …………………… İlçesi …………..………..………………’de /Tabip/Uzman Tabip olarak görev yapmaktayım.

25.12.2006 tarihi itibariyle Denizli ilinde başlamış olan Aile Hekimliği Uygulaması kapsamında Aile Hekimi olarak görev almak istiyorum.…./…/2019 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.

 …../…../2019

 Dr:……………………………

 İmza

T.C. Kimlik No :…………………………………………

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

Cep Telefonu :…………………………………………

Asil Görev Yeri :…………………………………………

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

Hizmet Puanı :…………………………………………

E-mail Adresi :…………………………………………

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

EKLER:

1. Sağlık Bakanlığı ve Sağlık Bakanlığı dışı kamuda görevli hekimlerden muvafakat belgesi,
2. Güncellenmiş Hizmet puanı detayı çıktısı. (itirazım yoktur yazılarak imzalanacaktır.)

\*\* Sağlık Bakanlığı çalışan tabipler için muvafakat name İl Sağlık Müdürlüğünden alınacaktır.

\*\* Sağlık Bakanlığı dışı çalışan tabipler için muvafakat name kendi kurumlarından alınacaktır.