**(a) Bendine Göre Müracaat Edecek Hekimler İçin )**

**AİLE HEKİMLİĞİ EK YERLEŞTİRME BAŞVURU FORMU**

Aile Hekimliği Uygulaması kapsamında İlimiz ……………… İlçesi ……………….. Aile Sağlığı Merkezinde ………………..No’lu 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.

…../…/2019 tarihinde yapılacağı ilan edilen **2019/ .** ek yerleştirme işlemine katılmak istiyorum.

.

Adı ve Soyadı :

T.C. Kimlik No :

Doğum Yeri ve Tarihi :

E.Posta :

Cep No :

Dip No / Dip.Tes.No :

Sicil No :

Uyum Eğitimi Sertifika No :

Mezun Olduğu Tıp Fakültesi :

Asli Görev Yeri :

Varsa Geçici Görev Yeri :

Hizmet Puanı :

İlimizde göreve başlama tarihi :

Devlet Hizmet Yükümlülüğü : Var Yok

Bu başvurma belgesini, aile hekimliği uygulaması için başvuru esaslarına uygun olarak doldurduğumu ve bütün bilgilerin doğru olduğunu bildiririm. Verdiğim bilgilerin herhangi birinin doğru olmadığı saptanırsa, adaylığımın veya aile hekimi olarak atamamın geçersiz sayılacağını, koşullara uymadığım taktirde bir hak aramayacağımı kabul eder, aile hekimliği uygulamasında görev yapabilmem için gereğinin yapılmasını arz ederim. …/…/……

Dr.

Adres:…………………………

………………………….

EKLER:

1.Aile Hekimliği Sözleşmesini Askerlik/Gebelik Nedeniyle Fesih Edildiğini Gösterir Belge (Personel Hizmetleri Biriminden alınacaktır.)

2.Göreve Başlama Belgesi

3. Onaylı Nüfus Cüzdanı Fotokopisi

4.Personel Hizmetleri Biriminden onaylı güncel PBS (Bakanlıkça Ocak ve Temmuz aylarında güncellenen hizmet puanı dökümü) çıktısı

5.Askerlik/Doğum öncesinde fiilen 6 (altı) ay aile hekimliği yaptığına dair belge.