**( (c) Bendine Göre Müracaat Edecek Hekimler İçin Başvuru Formu 1 )**

**Takip eden ilk yerleştirmede kullanılmak şartı ile; yargı kararının uygulanması bakımından başka birinin göreve başlatılması  zarureti nedeniyle sözleşmesi feshedilen aile hekimleri için;**

**İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE**

**ÇANKIRI**

15 Ekim 2008 tarihi itibariyle ilimizde başlamış olan Aile Hekimliği Uygulaması kapsamında İlimiz ……………. İlçesi ………………… Aile Sağlığı Merkezinde ………………..No’lu Aile Hekimi olarak ……………- ……………… tarihleri arasında görev yaptım.

…./…/2020 tarihinde yapılacağı ilan edilen **20…/….** ek yerleştirme işlemine katılmak istiyorum.

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 takdirde bir hak aramayacağımı kabul eder, aile hekimliği uygulamasında görev yapabilmem için gereğini saygılarımla arz ederim.

Dr:………………………..

Tarih:…………………….. İmza:……………………...

T.C.Kimlik No:………………………..

A.H 1.Aşama Uyum Eğitimi Sertifika No:……………………

Diploma Tescil No:………………….

Devlet Hizmet Yükümlülüğü : Var Yok

657 sayılı DMK’ nun 48.md. (a) bendinin 5.Fıkrasına göre adli yönden hakkımda devam eden inceleme:

Var Yok

Var ise ilgili mahkeme esas no:

ADRES VE TELEFON :

**EKLER:**

1. Aile hekimliği sözleşmesi imzalamadan önce Sağlık Bakanlığı kadrolarında çalışmakta olan hekimler için Güncel PBS (hizmet puanı dökümü) çıktısı / Aile hekimliği sözleşmesi imzalamadan önce Sağlık Bakanlığı dışındaki kamu kurum ve kuruluşlarında görevli olan hekimler için detaylı hizmet cetveli dökümü (Kurumdan onaylı)
2. Geçerli kimlik fotokopisi
3. Aile Hekimi Bilgi Formu
4. Sözleşmesinin yargı kararının uygulanması bakımından başka birinin göreve başlatılması zarureti nedeniyle feshedildiğine dair belgeler.
5. Aile Hekimliği Başvuru Formu 2

EK-1

**AİLE HEKİMİ BİLGİ FORMU**

**Adı-Soyadı :**

**T.C. Kimlik No :**

**Doğum Tarihi ve Yeri :**

**Mezun Olduğu Üniversite :**

**Mezuniyet Yılı :**

**Varsa Uzmanlık Dalı :**

**Sicil No** **:**

**Hizmet Puanı :**

**A.H.UyumEğt. Sertifika No :**

**Görev Yeri :**

**Görev Yeri Adresi :**

**Varsa Geçici Görev Yeri :**

**Varsa daha önceki görev yerleri ( Şu an görev yapılan yerden başlanarak göreve başlama tarihine göre sıralama yapılacaktır)**

**Varsa Aldığı Sertifikalı Eğitimler ( Kurs, Seminer, Yüksek Lisans, Doktora vb)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Eğitimin Adı** | **Veren Kurum** | **Eğitim Türü** | **Yılı ve Süresi** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**İLETİŞİM :**

**Ev Tel :**

**İş Tel :**

**GSM :**

**e-mail : imza**

**Tarih : …../…../20…**

**EK-2**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **AİLE HEKİMLİĞİ BAŞVURU FORMU 2 *\*\*\*\*SAĞLIK BAKANLIĞINA BAĞLI KURUM VE KURULUŞLARDA GÖREV YAPAN PERSONEL İÇİNDİR\*\*\*\* Sağlık Bakanlığı Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğünün 2020/1 sayılı Genelge hükümleri doğrultusunda hazırlanacaktır.*** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
| **BU BÖLÜM PERSONELİN KADROLU KURUMU TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR.** | | | | | | | | | |
| ADI SOYADI: | | | |  | | | | | |
| UNVANI / SİCİL NO: | | | |  | | | | | |
| KADROLU KURUMU: | | | |  | | | | | |
| PERSONELİN SERTİFİKA DURUMU : | | | | **VAR : ( )** | | **YOK : ( )** | | | |
| SERTİFİKA İSMİ : | | | | | | | | | |
|
| ÇALIŞTIĞI BİRİM : | | | | | | | | | |
| *\* İlgili Genelge hükümleri doğrultusunda ayrıcalıklı birim olup/olmadığı bildirilecektir.* | | | | | | | | | |
| **Bilgilerin Doğruluğu Tasdik Olunur** | | | | | | | | | |
| Düzenleyen Adı Soyadı: | | |  | | | | | | |
| Düzenleme Tarihi - İmza : | | |  | | | | | | |
| KURUM AMİRİ | | |  | | | | | | |
|
|
|  | | |  |  | | |  | | |
| **BU BÖLÜM İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ PERSONEL HİZMETLERİ BAŞKANLIĞI (PLANLAMA/STRAJETİK PERSONEL ATAMA)  TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR.** | | | | | | | | | |
| PERSONELİN ADI SOYADI : | |  | | | | | | | |
| UNVANI / SİCİL NO : | |  | | | | | | | |
| KADROLU KURUMU : | |  | | | | | | | |
| **PDC**  **Sayısı** | **Kadrolu aktif çalışan sayısı** | **Doluluk**  **Oranı** | | | **Kişi kurumundan ayrıldıktan sonraki doluluk oranı** | | | **Aile Hekimliği**  **Statüsüne Geçiş** | |
|  |  |  | | |  | | | **Kabul** | **Ret** |
|  |  |
| Düzenleyen Adı Soyadı : | | | | | Düzenleyen Adı Soyadı : | | | | |
| Düzenleme Tarihi : | | | | | Düzenleme Tarihi : | | | | |
| Düzenleyen İmza : | | | | | Düzenleyen İmza : | | | | |
|
| **Yukarıdaki bilgilerin doğruluğu tasdik olunur.**  .../.../......  Personel Hizmetleri Başkan Yardımcısı | | | | | | | | | |