**( D Bendine Göre Müracaat Edecek Bakanlık Dışındaki Kurumlardan Başvuran Hekimler İçin )**

**SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE**

**NİĞDE**

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

**……….2020** tarihinde yapılacağı ilan edilen **2020/2.** ek yerleştirme işlemine katılabilmem için gereğini 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

ADRES VE TELEFON :

EKLER:

**1.** Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlar dışında kamu kurum ve kuruluşlarda görevli hekimlerin onaylı hizmet cetveli dökümü

**2.** Geçerli kimlik fotokopisi

**3-** Aile Hekimliği Uygulaması için başvuru formu (EK-2),Aile Hekimliği Bilgi Formu (EK-3)

**4.** Örneklere uygun muvafakatname (EK - 4 ve EK – 5) (alınan muvafakatnamede süre belirtilmeyecektir.)

**5.** - 1.Aşama uyum eğitimi sertifika fotokopisi (aslı gibidir onayı yapılmış) veya;

- ‘‘Üniversitelerde bir ay süre ile aile hekimliği stajı yapmış olarak mezun olan hekimler birinci aşama eğitimden muaf tutulur.’’ Hükmü uyarınca; Üniversitelerde bir ay süre ile aile hekimliği stajı yapmış olarak mezun olan hekimler için Üniversitelerde bir ay süre ile aile hekimliği stajı yapmış olarak mezun olduklarına dair belge veya;

- İlimize 10 Mayıs 2010 tarihinden sonra herhangi bir sebeple atanmış ve Aile Hekimliği 1. Aşama Uyum Eğitimi almamış olan hekimler için, kadro atamasının Niğde iline yapıldığı tarihi gösteren görev belgesi

Aile Hekimliği Uygulamasının başladığı 10 Mayıs 2010 tarihinden itibaren ilimize herhangi bir sebeple atanmış olan ve Aile Hekimliği 1. Aşama Uyum Eğitimi’ni almamış olan hekimlerin başvuruları kabul edilecek ancak, en kısa sürede Aile Hekimliği 1. Aşama Uyum Eğitimi almaları sağlanacaktır.

NİĞDE İLİ

AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI İÇİN BAŞVURU FORMU

Niğde İli …………….. .İlçesinde …………………………….kurumunda ………………. olarak görev yapmaktayım. Niğde İlinde uygulanmakta olan aile hekimliği uygulamasında görev almak istiyorum.

1. Adı ve Soyadı :
2. T.C. Kimlik No :
3. Sicil No :
4. Hizmet Puanı :
5. A.H.Uyum Eğt. Sertifika No :
6. Doğum Yeri ve Tarihi :
7. Asıl Görev Yeri :
8. Varsa Geçici Görev Yeri :
9. Varsa daha önceki görev yerleri ( Şu an görev yapılan yerden başlanarak göreve başlama tarihine göre sıralama yapılacaktır.)

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.

Adres: Tarih-İmza

Tel:

EK-3

**AİLE HEKİMİ BİLGİ FORMU**

**Adı-Soyadı :**

**T.C. Kimlik No :**

**Doğum Tarihi ve Yeri :**

**Mezun Olduğu Üniversite :**

**Mezuniyet Yılı :**

**Varsa Uzmanlık Dalı :**

**Görev Yeri :**

**Görev Yeri Adresi :**

**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 :**

**İmza**

**Tarih : …../…../……..**

EK-4

**………………………………………………………………………………………**

**………………….....**

Halen ………………………………………………………………………………. kadrosu ile……………………………………………………………………………… görev yapmaktayım.

25.01.2013 tarih ve 28539 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin 15.madde, 2.fıkrasında ‘‘Aile hekimliği yerleştirmeleri il bazında yapılır. İldeki kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan aile hekimliği uzmanları, tabipler ve diğer uzman tabiplerden muvafakati verilenler başvuru yaparlar.’’ hükmü yer almaktadır.

İlimizde Niğde Sağlık Müdürlüğünce …………. tarihine kadar **2020/1**. ek yerleştirme işlemleri için hekimlerin müracaatları alınmaya başlanmıştır.

Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği’nin yukarıda belirtilen maddesine göre ildeki Kamu Kurum ve Kuruluşlarında çalışan aile hekimliği uzmanları, tabipler ve diğer uzman tabiplerin sözleşmeli çalışmak üzere başvuru hakları bulunması nedeniyle İlimizde Aile hekimliği uygulamasında görev almak üzere başvuruda bulunmak istiyorum. Ancak Niğde Sağlık Müdürlüğüne başvuruda bulunurken diğer evraklarla birlikte kurumumuzdan alacağımız muvafakat belgesinin de eklenmesi gerekmektedir.

Bu itibarla Niğde Sağlık Müdürlüğüne sunulmak üzere aile hekimliği uygulaması sırasında kadromun bulunduğu yerden ücretsiz izinli sayıldığıma dair muvafakatimin tarafıma verilmesi için gereğini arz ederim. ……../……../ ………..

Dr. ……………………

…………….... Doktoru

**ADRES :**

**……………………………………….**

**……………………………………….**

**……………………………………….**

**……………………………………….**

**……………………………………….**

EK-5

**T.C.**

**………………………………………………..**

**………………………………………………..**

Sayı : ………………….

Konu : ………………….’ un Muvafakatnamesi

**İLGİLİ MAKAMA**

Kurumumuz Hekimi Dr. ………………………………………… …./…./……… tarihli dilekçesi ile, İlimizde devam eden Aile Hekimliği Uygulamasında görev almak istediğini belirterek kendisine Niğde Sağlık Müdürlüğüne sunulmak üzere kadrosunun bulunduğu yerden ücretsiz izinli sayılacağına dair muvafakat belgesinin verilmesini talep etmiştir.

Bu itibarla Dr. ………………………………………….’a İlimizde başlamış olan Aile Hekimliği uygulamasında görev alabilmesi için kurumumuzdaki mevcut kadrosundan ücretsiz izinli sayıldığına dair muvafakat kurumumuzca verilmiştir.

Bu belge adı geçenin isteği üzerine düzenlenmiştir.

Bilgilerinize sunarım.

**……………………..**

**……………………..**