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

**Sözleşmeli aile hekimi olarak görev yapanlar için;**

**SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE**

 **NİĞDE**

İlimiz ……………. İlçesi ………………… Aile Sağlığı Merkezinde ………………..No’lu Aile Hekimi olarak görev yapmaktayım.

**……….2020** tarihinde yapılacağı ilan edilen **2020/2.** ek yerleştirme işlemine katılmak istiyorum.

Gereğini arz ederim.

 Dr:………………………..

 Tarih:……………………..

 İmza:……………………...

T.C.Kimlik No:………………………..

Diploma Tescil No:………………….

Devlet Hizmet Yükümlülüğü : Var Yok

**Son Görev Yaptığı Birime Başlayış Tarihi:…/…/……**

**Ek yerleştirme işlemine başvuracak sözleşmeli aile hekimlerinde, başvuru tarihi itibariyle; çalışmakta olduğu aile hekimliği pozisyonunda fiilen bir yıl çalışmış olma şartı aranacaktır.** (hafta sonu, resmi tatil günleri ve yıllık izin kullanılan günler fiili çalışmadan sayılır. Ancak mazeret ve hastalık izinli geçirilen günler ise fiili çalışmadan sayılmaz. Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği (R.G.Tarih:25.01.2013 Sayı:28539)” 15. Madde, 5. fıkra)

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 aile hekimliği uzmanları için detaylı hizmet cetveli dökümü (Kurumdan onaylı)

**2.** Geçerli kimlik fotokopisi