**BAŞVURU FORMU**

(**Ebe-Hemşire-Sağlık Memuru (Toplum Sağlığı, İlk ve Acil Yardım) İçin)**

 Niğde İlinde faaliyet gösteren . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Aile Hekimliği biriminde aşağıda adı geçen Aile Hekimliği ile sözleşme imzalayarak , Aile Sağlığı Çalışanı olarak görev almak istiyorum.

AİLE SAĞLIĞI ÇALIŞANI ADAYININ;

1.Adı ve Soyadı :……………………………………………………………………………

2.Unvanı :……………………………………………………………………………

3.T.C.Kimlik No :……………………………………………………………………………

4.Doğum Yeri ve Tarihi :……………………………………………. …../……/……

5.Adres :…………………………………………………………………………….

 …………………………………………………………………………..

6.Telefon :Cep:……………………………… Ev:……………………………….

7.E-Mail Adresi :…………………………………………………………………………….

 . . . . ./. . . . /. . . . . .

 İmza

**AİLE HEKİMLİĞİ-AİLE SAĞLIĞI ÇALIŞANI MUTABAKAT FORMU**

 Yukarıda Adı, Soyadı ve bilgileri bulunan Aile Sağlığı Çalışanı ile karşılıklı anlaşarak Aile Hekimliği Biriminde sözleşmeli olarak çalışmayı kabul ediyorum.

Aile Sağlığı Merkezinin Adı:

Aile Hekiminin Birimi :

Aile Hekiminin Adı Soyadı :

 **Tarih-İmza-Kaşe**