|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **TRABZON İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ İL İÇİ ATAMA VE YER DEĞİŞTİRME KOMİSYONUNA** | | | | | |
| 2021 Yılı Mayıs Ayı İl İçi Atama ve Yer Değiştirme işlemlerine ilişkin tercihlerim aşağıda belirtilmiş olup, hizmet puanımı belirtir hizmet puan çıktısı da ekte sunulmuştur.    Gereğini arz ederim. | | | | | |
| T.C.KİMLİK NUMARASI | | |  | | |
| SİCİL NUMARASI | | |  | | |
| UNVANI | | |  | | |
| ŞU AN ÇALIŞTIĞI SAĞLIK TESİSİ | | |  | | |
| SON GÖREV YERİNE BAŞLAMA TARİHİ | | |  | | |
| HİZMET PUANI (AYRICA PBS ÇIKTISI SUNULACAKTIR) | | |  | | |
| TELEFON NUMARASI | | |  | | |
| 1.TERCİH |  | | | | |
| 2.TERCİH |  | | | | |
| 3.TERCİH |  | | | | |
| 4.TERCİH |  | | | | |
| 5.TERCİH |  | | | | |
| TARİH | | PERSONELİN ADI-SOYADI | | | İMZA |
|  | |  | | |  |
| İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ MAKAMINA | | | | | |
| Yukarıda bilgileri bulunan personelimizin, 2021 Yılı Mayıs Ayı İl İçi Atama ve Yer Değiştirme işlemlerine ilişkin talebinin tarafınızdan değerlendirilmesi hususunda;  Gereğini arz ederim. | | | | | |
| BİRİM AMİRİ | | | | | |
| TARİH | | | | | |
| İMZA | | | | | |
| İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ GELEN EVRAK  TARİH VE SAYISI / BARKOD | | | |  | |