|  |
| --- |
| **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 |  |