**(D) Bendine Göre Müracaat Edecek Hekimler İçin Başvuru Formu**

*(Trabzon İlinde Kamu Kurumlarında Görevli Uzman Tabip veya Tabipler için)*

**İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE**

**TRABZON**

Trabzon İli …………………………... İlçesi …………..……………………….Kurumunda Aile Hekimliği uzmanı /Tabip olarak görev yapmaktayım.

…./…/2021 tarihinde yapılacağı ilan edilen **2021/5** ek yerleştirme işlemine katılmak istiyorum. Bu başvuru 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 arz ederim.

**Adı Soyadı :**

**T.C.Kimlik No :**

**Doğum tarihi(*gün/ay/yıl*) :**

**Cep Tel :**

**E-mail :**

Sicil No :

**Dip. Tes. No :**

**Aile Hekimliği Sertifika No :**

Devlet Hizmet Yükümlülüğü **:** Var Yok

**EKLER:**

**Sağlık Bakanlığı Kadrolarında Çalışmakta Olan Hekimler İçin:**

1. **01.01.2021** tarihli Güncel Ekip Portal/e-devlet hizmet puanı.

2. İlk defa başvuruda bulunacak tabip/uzman tabipler için Aile Hekimi Bilgi Formu.

**Sağlık Bakanlığı Dışındaki Kurumlardan Başvuran Hekimler İçin:**

1. Detaylı hizmet cetveli dökümü (Kurumdan onaylı).

2. İlk defa başvuruda bulunacak tabip/uzman tabipler için Aile Hekimi Bilgi Formu.

3. Hizmetin ifasından kaynaklı veya hekimlik mesleğiyle bağdaşmayan suçlar ile 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 48. Maddesinin (a) bendinin 5. fıkrasına göre adli yönden incelemesi devam eden ve varsa bu nedenle aile hekimliği uygulamasında görev almasında sakınca olup olmadığını gösterir belge.

4. 3359 Sayılı Kanun kapsamında devlet hizmeti yükümlülüğünün olup olmadığına dair belge.

5. Muvafakat Belgesi.

6.Varsa1.Aşama uyum eğitimi sertifika fotokopisi (aslı gibidir onayı yapılmış).