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

*(Askerlik Görevi/Doğum İzni Sonrası Başlayan Hekimler İçin)*

**İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE**

**TRABZON**

İlimiz ……………… İlçesi ……………….. Aile Sağlığı Merkezinde ………………..No’lu Aile Hekimi olarak görev yapmakta iken ……………………………tarihinde askerlik görevi/doğum izni için aile hekimliği görevimden ayrıldım.

…………………tarihi itibariyle askerlik görevimi/doğum iznimi tamamlayarak…………………..’de görevime tekrar başlamış bulunmaktayım.

.../…/2021 tarihinde yapılacağı ilan edilen **2021/9** 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 tespit edilirse, 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:**

1.Aile Hekimliği Sözleşmesini Askerlik/Gebelik Nedeniyle Fesih Edildiğini Gösterir Belge.

2.Göreve Başlama Belgesi.

3.**01.07.2021** tarihli Güncel Ekip Portal/e-devlet hizmet puanı çıktısı.

4.Askerlik/Doğum öncesinde fiilen 6 (altı) ay aile hekimliği yaptığına dair belge.