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

*(Yargı Kararının Uygulanması Bakımından Başka Birinin Göreve Başlatılması  Zarureti Nedeniyle Sözleşmesi Feshedilen Aile Hekimleri “C-2”)*

**İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE**

 **TRABZON**

İlimiz ……………. İlçesi ………………… Aile Sağlığı Merkezinde ………………..No’lu Aile Hekimi olarak ……………- ……………… tarihleri arasında görev yaptım.

…./…/2022 tarihinde yapılacağı ilan edilen **2022/3** 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, 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 sözleşmesi imzalamadan önce Sağlık Bakanlığı kadrolarında çalışmakta olan hekimler için **01.01.2022** tarihli Güncel Ekip Portal/e-devlet hizmet puanı çıktısı / Aile hekimliği sözleşmesi imzalamadan önce Sağlık Bakanlığı dışındaki kamu kurum ve kuruluşlarında görevli olan hekimler için detaylı hizmet cetveli dökümü (Kurumdan onaylı).

2. Sözleşmesinin yargı kararının uygulanması bakımından başka birinin göreve başlatılması zarureti nedeniyle feshedildiğine dair belgeler.