

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
TRABZON İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

SAĞLIK PERSONELİ		
ATAMA TALEP FORMU		
Personele Ait Bilgiler		
Adı Soyadı		
T.C. Kimlik No		
Sicil No		
Unvanı		
Son Çalıştığı Sağlık Tesisi		
Son Görev Yeri Ayrılış Tarihi		
Atama Yazısına Ait Bilgiler		
Tarih ve Sayı		
Atama Şekli		Atama ve Yer Değiştirme Yönetmeliği 21. Madde
		Eş Durumu
		Sağlık Durumu
		Diğer (.....)
Atama İstenilen Sağlık Tesisi	1. Tercih	
	2. Tercih	
	3. Tercih	
İl Sağlık Müdürlüğüne		
Sağlık Bakanlığı tarafından İliniz emrine yapılan atamamın yukarıdaki tercihlerim doğrultusunda değerlendirilmesi hususunu; Arz ederim.		
Tarih		
İmza		
Evrak Kayıt Gelen Evrak Tarih ve Sayısı / Barkod		