



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI  
ESKİŞEHİR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

T.C.  
ESKİŞEHİR VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü

ATAMA VE NAKİL TALEP FORMU

**A- TAYİN TALEBİNDE BULUNUN PERSONELİN**

- 1- ADI SOYADI :  
2- SİCİL NO :  
3- GÖREV ÜNVANI :  
4- GÖREV YERİ :  
5- ÖĞRENİM DURUMU :  
6- MEDENİ HALİ :

ADRES:

.....  
.....  
.....  
.....

TELEFON:

.....  
.....

**B- NAKLEN ATANMAK İSTEDİĞİ YER**

(TERCİH SIRASINA GÖRE)

- 1-.....  
2-.....  
3-.....  
4-.....  
5-.....

**NOT: TERCİHLERİNİZ BİRİNCİ SIRADAN BAŞLANARAK DEĞERLENDİRMEYE ALINACAKTIR.**

.../.../2021

İMZA  
Adı-Soyadı