

ATAMA VE NAKİL TALEP FORMU

A- Tayin Talebinde Bulunan Sahsın

- 1- Adı Soyadı :
2- Sicil No/ T.C. No :
3- Görev Unvanı :
4- Görev Yeri :
5- Müktesep Hak Aylığı(D/K) :
6- Öğrenim Durumu :
7- Medeni Hali : Bekar Evli
9- Askerlik Durumu : Yaptı Muaf Tecilli

B- Memuriyette Geçen Hizmetleri

Unvanı	Görev Yeri	Göreve Başladığı Tarih	Görevden Ayrıldığı Tarih
...../.../.....	.../.../.....
...../.../.....	.../.../.....
...../.../.....	.../.../.....
...../.../.....	.../.../.....
...../.../.....	.../.../.....

C- Halen Çalışmakta Olduğu Görev Yeri

Hizmet Bölgesi	Hizmet Alanı İl/İlçe	Göreve Başladığı Tarih	Görevden Ayrıldığı Tarih
...../.../.....	.../.../.....

Başvuru Şartı: Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarında Görev Yapan Sağlık Hizmetleri ve Yardımcı Sağlık Hizmetleri Sınıfı Harici Personelin Atama ve Yer Değişikliği Yönergesinin Kurum İçi Yer Değişikliği başlıklı 7. Maddesi.

D- Naklen Atanmak İsteddiği Hizmet Alanı

(Tercih Sırasına Göre)

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

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

.....emrinde..... kadrosunda görev yapmaktayım.
Şahsımla ilgili bilgiler yukarıda belirtilmiş olup, tayinimin yapılması hususunda;
Gereğini arz ederim.

...../...../2021

Adres :.....

.....

.....

Telefon :.....

Yukarıdaki bilgiler tarafımdan doldurulmuştur.

Adı Soyadı:

İmza:

EKLER :

- 1- Hizmet Belgesi
2- Sicil Özeti
3- Adli veya İdari Soruşturmanın Bulunup Bulunmadığını Bildirir Yazı
4- Muvafakat Yazısı

DOĞRULUĞUNU TASDİK EDERİM.(Yetkili Kurum Amiri)

Adı Soyadı :.....

Unvanı :.....

İmzası :.....

Tarih :.....