

ATAMA VE NAKİL TALEP FORMU

A- Tayin Talebinde Bulunan Personelin

- 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
8- Eşinin Çalışıp Çalışmadığı : Çalışıyor Çalışmıyor
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 ve Görev Yeri Adresi

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

Görev Yeri Adresi:

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-.....

ADANA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

Şahsımla ilgili bilgiler ve tercih ettiğim Adana İl Sağlık Müdürlüğü emrine ait münhal kadrolar yukarıda belirtilmiş olup, tayininin bu kadrolardan birine yapılması için, dilekçemin ilgili Makama havalesini arz ederim.

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

Adres :
.....
.....
.....
Telefon :

Yukarıdaki bilgiler tarafımdan doldurulmuştur.
Adı Soyadı
İmza

EKLER :

- 1-Dilekçe
2- Hizmet Belgesi
3- Sicil Özeti(Onaylı/Mühürlü)
4- Adli veya İdari Soruşturmanın Bulunup Bulunmadığını Bildirir Yazı
5- Muvafakat Yazısı
6- Şoför ünvanında müracaat edecekler için Ehliyet fotokopisi (aslı gibidir onaylı)

DOĞRULUĞUNU TASDİK EDERİM.(Yetkili Kurum Amiri)

Adı Soyadı :
Unvanı :
İmzası :
Tarih :