

T. C.
SINOP VALİLİĞİ
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

İLLER ARASI ATAMA VE NAKİL TALEP FORMU

A: NAKİL TALEBİNDE BULUNAN KİŞİNİN			
1	T. C. KİMLİK NO	:	
2	KURUM SİCİL NO	:	
3	ADI SOYADI(KIZLIK SOYADI)	:	
4	UNVAN / BRANŞ	:	
5	KADRO DERECESESİ	:	
6	ÖĞRENİM DURUMU	:	
7	CİNSİYETİ	:	<input type="checkbox"/> KADIN <input type="checkbox"/> ERKEK
8	MEDENİ HALİ	:	<input type="checkbox"/> BEKAR <input type="checkbox"/> EVLİ
9	DOĞUM YERİ	:	DOĞUM TARİHİ (G/A/Y) :
10	EŞİNİN ÇALIŞIP ÇALIŞMADIĞI	:	<input type="checkbox"/> ÇALIŞIYOR <input type="checkbox"/> ÇALIŞMIYOR
11	ASKERLİK DURUMU	:	<input type="checkbox"/> YAPTI <input type="checkbox"/> MUAF <input type="checkbox"/> TECİLLİ

B: DAHA ÖNCE GÖREV YAPTIĞI BİRİMLER				
	ÜNVANI	GÖREV YERİ	GÖREVE BAŞLADIĞI TARİH	GÖREVDEN AYRILDIĞI TARİH
1				
2				
3				
4				

C: HALEN ÇALIŞMAKTA OLDUĞU				
	GÖREV YERİ	GÖREVE BAŞLADIĞI TARİH	GÖREV SÜRESİ	KADROLU/GEÇİCİ

D: KADROSUNUN BULUNDUĞU BİRİM:	

E: NAKLEN ATANMAK İSTEDİĞİ YER	
	Tercih sırasına göre
1	
2	
3	
4	
5	

SINOP İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

Şahsımla ilgili bilgiler ve tercih ettiğim yerler yukarıda belirtilmiş olup, atamamın bu yerlerden birine yapılabilmesi için, dilekçemin ilgili makama havalesini arz ederim./..../2021

ADRES VE İLETİŞİM BİLGİLERİ:

Yukarıdaki bilgiler tarafımdan doldurulmuştur.

Adı ve Soyadı :

İmza :

DOĞRULUĞUNU TASDİK EDERİM

Adı Soyadı:

Ünvanı:

İmza: