

(a bendine göre müracaat edecek Hekimler İçin)

- 1.Aile Hekimliği Sözleşmesini Askerlik / Gebelik Nedeniyle Fesih Edildiğini Gösterir Belge.
- 2.Göreve Başlama Belgesi.
3. Güncel PBS (hizmet puanı dökümü) çıktısı.

(b bendine göre müracaat edecek Hekimler İçin)

1. Güncel PBS (hizmet puanı dökümü) çıktısı.
2. Uzmanlık Belgesi fotokopisi (aslı gibidir onaylı)
3. Dilekçe (Matbu olarak ekte sunulmuştur.) (EK-2)

(b bendine göre müracaat edecek Aile Hekimi Uzmanı Hekimler İçin)

1. Aile hekimliği uygulaması için başvuru formu. (EK-3/a)
2. Uzmanlık Belgesi fotokopisi. (aslı gibidir onaylanmış),Uzmanlık belgesini almayanlar ise Destek Hizmetleri Biriminden DHY'de olduğuna dair belge.
3. Güncel PBS (hizmet puanı dökümü) çıktısı.
4. Dilekçe (Matbu olarak ekte sunulmuştur.) (EK-3)

(c bendine göre müracaat edecek Hekimler İçin)

1. Güncel PBS (hizmet puanı dökümü) çıktısı.
2. Dilekçe (Matbu olarak ekte sunulmuştur.) (EK-4)

(c bendine göre müracaat edecek 25/1/2013 tarihinden sonra mazeret nedeniyle naklen tayin olanlardan atama kararından önceki son bir yıl boyunca aile hekimliği yapmış olan tabip ve uzman tabipler için;

- 1 Güncel PBS (hizmet puanı dökümü) çıktısı.
- 2 Geçerli kimlik fotokopisi
- 3 Mazeret nedeniyle naklen tayin olduğuna ve atama kararından önceki son bir yıl boyunca aile hekimliği yapmış olduğuna dair belgeler
- 4 Aile Hekimliği Uygulaması için başvuru formu (EK-3/a)
- 5 Ek-7/b ve EK-7/c'ye göre düzenlenmiş kurumlarından alacakları muvafakatname (alınan muvafakatnamede süre belirtilmeyecektir.)
- 6 1.Aşama uyum eğitimi sertifika fotokopisi (aslı gibidir onaylanmış)

(d bendine göre müracaat edecek Hekimler İçin)

1. Aile hekimliği uygulaması için başvuru formu. (EK-7/a)
2. 1.Aşama uyum eğitimi sertifika fotokopisi. (aslı gibidir onaylanmış)
3. Güncel PBS (hizmet puanı dökümü) çıktısı.
4. Geçerli kimlik fotokopisi. (aslı gibidir onaylanmış.)
5. Örneklere uygun dilekçe ve muvafakatname. (EK-7/b ve EK-7/c)
6. Dilekçe. (EK-7)

(a bendine göre müracaat edecek Hekimler İçin)
Ek-1

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
KIRIKKALE

18.08.2008 tarihi itibariyle ilimizde başlamış olan Aile Hekimliği Uygulaması kapsamında İlimiz İlçesi Aile Sağlığı Merkezinde kod numaralı Aile Hekimi olarak görev yapmakta iken tarihinde askerlik görevi/doğum izni için aile hekimliği görevimden ayrıldım.

..... tarihi itibariyle askerlik görevimi/doğum iznimi tamamlayarak' de görevime tekrar başlamış bulunmaktayım.

..... / /2018 tarihinde yapılacağı ilan edilen yerleştirme işlemine katılmak istiyorum.
Gereğini arz ederim.

Dr.

Tarih:

İmza:

T.C. Kimlik Numarası:

ADRES VE TELEFON _____ :

EKLER:

- 1.Aile Hekimliği Sözleşmesini Askerlik / Gebelik Nedeniyle Fesih Edildiğini Gösterir Belge.
- 2.Göreve Başlama Belgesi.
3. Güncel PBS (hizmet puanı dökümü) çıktısı.

(b bendine göre müracaat edecek Hekimler İçin)
Ek-2

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
KIRIKKALE

18.08.2008 tarihi itibariyle ilimizde başlamış olan Aile Hekimliği Uygulaması kapsamında İlimiz İlçesi Aile Sağlığı Merkezinde kod numaralı Aile Hekimliği biriminde Aile Hekimi Uzmanı olarak görev yapmaktayım.
...../...../2018 tarihinde yapılacağı ilan edilen yerleştirme işlemine katılmak istiyorum.
Gereğini arz ederim.

Dr.
Tarih:
İmza:

T.C. Kimlik Numarası:

ADRES VE TELEFON _____ :

EKLER:

1. Güncel PBS (hizmet puanı dökümü) çıktısı.
2. Uzmanlık Belgesi fotokopisi (aslı gibidir onaylı)

(b bendine göre müracaat edecek Aile Hekimi Uzmanı Hekimler İçin)
(Ek-3)

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
KIRIKKALE

Kırıkkale İli İlçesi’de Aile Hekimi Uzmanı olarak görev yapmaktayım.

18.08.2008 tarihi itibarıyla Kırıkkale ilinde başlamış olan Aile Hekimliği Uygulaması kapsamında Aile Hekimi olarak görev almak istiyorum.

Bu nedenle / / 2018 tarihinde yapılacağı ilan edilen yerleştirme işlemine katılabilmem için gereğini arz ederim.

Dr.

Tarih:

İmza:

T.C. Kimlik Numarası:

ADRES VE TELEFON _____ :

EKLER:

1. Aile hekimliği uygulaması için başvuru formu. (EK-3/a)
2. Uzmanlık Belgesi fotokopisi. (aslı gibidir onaylanmış),Uzmanlık belgesini almayanlar ise Destek Hizmetleri Biriminden DHY’de olduğuna dair belge.
3. Güncel PBS (hizmet puanı dökümü) çıktısı.

EK-3/a

KIRIKKALE İLİ

AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI İÇİN BAŞVURU FORMU

Kırıkkale İli İlçesinde kurumunda/kuruluşunda olarak görev yapmaktayım. Kırıkkale İlinde uygulanmakta olan aile hekimliği uygulamasında görev almak istiyorum.

1	Adı ve Soyadı	:
2	T. C. Kimlik Numarası	:
3	Sicil Numarası	:
4	Hizmet Puanı	:
5	Diploma Tescil Numarası	:
6	Doğum Yeri ve Tarihi	:
7	Asıl Görev Yeri	:
8	Varsa Geçici Görev Yeri	:

Bu başvurma belgesini, aile hekimliği uygulaması için başvuru esaslarına uygun olarak doldurduğumu ve bütün bilgilerin doğru olduğunu bildiririm. Verdiğim bilgilerin herhangi birinin doğru olmadığı saptanırsa, adaylığımın veya aile hekimi olarak atamamın geçersiz sayılacağını, koşullara uymadığım takdirde bir hak aramayacağımı kabul eder, aile hekimliği uygulamasında görev yapabilmem için gereğini saygılarımla arz ederim.

Adres:

Ad Soyadı

İmza

Tarih

Tel:

(c bendine göre müracaat edecek Hekimler İçin)
Ek-4

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
KIRIKKALE

18.08.2008 tarihi itibariyle ilimizde başlamış olan Aile Hekimliği Uygulaması kapsamında İlimiz İlçesi Aile Sağlığı Merkezinde kod numaralı Aile Hekimi olarak görev yapmaktayım.

..... / / 2018 tarihinde yapılacağı ilan edilen yerleştirme işlemine katılmak istiyorum.
Gereğini arz ederim.

Dr.
Tarih:
İmza:

T.C. Kimlik Numarası:

ADRES VE TELEFON _____:

EKLER:

1. Güncel PBS (hizmet puanı dökümü) çıktısı.

(C Bendine Göre Müracaat Edecek 25/1/2013 tarihinden sonra mazeret nedeniyle naklen tayin olanlardan atama kararından önceki son bir yıl boyunca aile hekimliği yapmış olan tabip ve uzman tabipler için;)

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
KIRIKKALE

Aile Hekimliği Uygulaması kapsamındaİliİlçesi
.....Aile Sağlığı MerkezindeNo'lu Aile Hekimi olarak-
..... tarihleri arasında görev yaptım/.../2018 tarihinde yapılacağı ilan edilen **2018/ ...** ek
yerleştirme işlemine katılmak istiyorum.
Gereğini arz ederim.

Dr:.....

Tarih:.....

İmza:.....

T.C.Kimlik No:.....

Diploma Tescil No:.....

Devlet Hizmet Yükümlülüğü : Var Yok

ADRES VE TELEFON _____:

EKLER:

- 1 Güncel PBS (hizmet puanı dökümü) çıktısı.
- 2 Geçerli kimlik fotokopisi
- 3 Mazeret nedeniyle naklen tayin olduğuna ve atama kararından önceki son bir yıl boyunca aile hekimliği yapmış olduğuna dair belgeler
- 4 Aile Hekimliği Uygulaması için başvuru formu (EK-3/a)
- 5 Ek-7/b ve EK-7/c'ye göre düzenlenmiş kurumlarından alacakları muvafakatname (alınan muvafakatnamede süre belirtilmeyecektir.)
- 6 1.Aşama uyum eğitimi sertifika fotokopisi (aslı gibidir onaylanmış)

((c) Bendine Göre Müracaat Edecek Hekimler İçin)

Takip eden ilk yerleştirmede kullanılmak şartı ile; yargı kararının uygulanması bakımından başka birinin göreve başlatılması zarureti nedeniyle sözleşmesi feshedilen aile hekimleri için;

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
KIRIKKALE

18 Ağustos 2008 tarihi itibariyle ilimizde başlamış olan Aile Hekimliği Uygulaması kapsamında İlimiz İlçesi Aile Sağlığı MerkezindeNo'lu Aile Hekimi olarak- tarihleri arasında görev yaptım.

.../.../2018 tarihinde yapılacağı ilan edilen **2018/....** ek yerleştirme işlemine katılmak istiyorum.

Gereğini arz ederim.

Dr:.....

Tarih:.....

İmza:.....

T.C.Kimlik No:.....

Diploma Tescil No:.....

Devlet Hizmet Yükümlülüğü : Var Yok

ADRES VE TELEFON :

EKLER:

- 1) Güncel PBS (hizmet puanı dökümü) çıktısı.
- 2) Geçerli kimlik fotokopisi
- 3) Sözleşmesinin yargı kararının uygulanması bakımından başka birinin göreve başlatılması zarureti nedeniyle feshedildiğine dair belgeler.
- 4)Aile Hekimliği Uygulaması için başvuru formu (EK-3/a)
- 5) Ek-7/b ve EK-7/c'ye göre düzenlenmiş kurumlarından alacakları muvafakatname (alınan muvafakatnamede süre belirtilmeyecektir.)
- 6) 1.Aşama uyum eğitimi sertifika fotokopisi (aslı gibidir onaylanmış)

(d bendine göre müracaat edecek Hekimler İçin)
Ek-7

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE
KIRIKKALE

Kırıkkale İli İlçesi kurum/kuruluşunda
Tabip/Uzman Tabip olarak görev yapmaktayım.
.... / /2018 tarihinde yapılacağı ilan edilen yerleştirme işlemine katılabilmem için gereğini
arz ederim.

Dr.
Tarih:
İmza:

TC.Kimlik No:.....

ADRES VE TELEFON

EKLER:

1. Aile hekimliği uygulaması için başvuru formu. (EK-7/a)
2. 1.Aşama uyum eğitimi sertifika fotokopisi. (aslı gibidir onaylanmış)
3. Güncel PBS (hizmet puanı dökümü) çıktısı.
4. Geçerli kimlik fotokopisi. (aslı gibidir onaylanmış.)
5. Örneklere uygun dilekçe ve muvafakatname. (EK-7/b ve EK-7/c)
6. Dilekçe. (EK-7)

EK-7/a

KIRIKKALE İLİ
AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI İÇİN BAŞVURU FORMU

Kırıkkale İli İlçesinde kurum/kuruluşunda
Tabip/Uzman Tabip olarak görev yapmaktayım.

Kırıkkale İlinde uygulanmakta olan aile hekimliği uygulamasında görev almak istiyorum.

1	Adı ve Soyadı	:	
2	T. C. Kimlik Numarası	:	
3	Sicil Numarası	:	
4	Hizmet Puanı	:	
5	Diploma Tescil Numarası	:	
6	Doğum Yeri ve Tarihi	:	
7	Asıl Görev Yeri	:	
8	Varsa Geçici Görev Yeri	:	

Bu başvurma belgesini, aile hekimliği uygulaması için başvuru esaslarına uygun olarak doldurduğumu ve bütün bilgilerin doğru olduğunu bildiririm. Verdiğim bilgilerin herhangi birinin doğru olmadığı saptanırsa, adaylığımın veya aile hekimi olarak atamamın geçersiz sayılacağını, koşullara uymadığım takdirde bir hak aramayacağımı kabul eder, aile hekimliği uygulamasında görev yapabilmem için gereğini saygılarımla arz ederim.

Adres:

Ad Soyadı

İmza

Tarih

Tel:

EK-7/b

.....

.....

Halen kadrosu ile
..... görev yapmaktayım.

24.11.2004 kabul tarih ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanununun 8. Madde 1. fıkrasına dayanarak hazırlanan ve 25.01.2013 tarih ve 28539 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin 12. maddesi birinci fıkrası “Aile Hekimi veya aile sağlığı elemanı olmak isteyen sağlık personelinin sözleşme imzalayabilmesi için Bakanlık veya kurumunun muvafakati aranır. Sözleşme imzalayarak göreve başlayan kişiler bu görevlerini yürüttükleri sürece kurumlarında aylıksız veya ücretsiz izinli sayılırlar ve bunların kadroları ile ilişkileri devam eder” hükmündedir.

Aile Hekimliği Uygulamasına geçilen iller içerisinde bulunan ilimizde Kırıkkale İl Sağlık Müdürlüğüne / / tarihine kadar ek yerleştirme işlemleri için hekimlerin müracaatları alınmaya başlanmıştır.

Aile Hekimliği Uygulaması Yönetmeliğinin EK-1 Madde 2-1 bendine göre kadrosu ve pozisyonu aynı ilde olmak üzere kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan hekimlerin sözleşmeli çalışmak üzere başvuru hakları bulunması nedeniyle İlimizde başlayacak olan Aile hekimliği uygulamasında görev almak üzere başvuruda bulunmak istiyorum. Ancak İl Sağlık Müdürlüğüne başvuruda bulunurken diğer evraklarla birlikte kurumumuzdan alacağımız muvafakat belgesinin de eklenmesi gerekmektedir.

Bu itibarla Kırıkkale İl Sağlık Müdürlüğüne sunulmak üzere aile hekimliği uygulaması sırasında kadromun bulunduğu yerden ücretsiz izinli sayıldığıma dair muvafakatimin tarafıma verilmesi için gereğini arz ederim. / / 2018

Dr.
..... Doktoru

ADRES :

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

EK-7/c

T.C.

.....
.....

Sayı :

Konu :’ un Muvafakatnamesi

İLGİLİ MAKAMA

Kurumumuz Hekimi Dr. / /2018 tarihli dilekçesi ile, İlimizdeki Aile Hekimliği Uygulamasında görev almak istediğini belirterek kendisine İl Sağlık Müdürlüğüne sunulmak üzere kadrosunun bulunduğu yerden ücretsiz izinli sayılacağına dair muvafakat belgesinin verilmesini talep etmiştir.

Bu itibarla Dr.’a İlimizde başlayacak olan Aile Hekimliği uygulamasında görev alabilmesi için kurumumuzdaki mevcut kadrosundan ücretsiz izinli sayıldığına dair muvafakat kurumumuzca verilmiştir.

Bu belge adı geçenin isteği üzerine düzenlenmiştir.

Bilgilerinize sunarım.

.....

.....

