**(B Grubu Hekimler İçin )**

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

UŞAK

Aile Hekimliği Uygulaması kapsamında İlimiz ……………. İlçesi ………………… Aile Sağlığı Merkezinde ………………..No’lu Aile Hekimi olarak görev yapan Aile Hekimliği Uzmanıyım.

29/05/2019 tarihinde yapılacağı ilan edilen 52. ek yerleştirme işlemine katılmak istiyorum.

Gereğini arz ederim.

Uzm.Dr:………………….

Tarih:……………………..

İmza:……………………...

TC.Kimlik No:………….

ADRES VE TELEFON :

EKLER:

Halen sözleşmeli aile hekimi olarak görev yapan aile hekimliği uzmanları için;

\*Aile hekimliği sözleşmesi imzalamadan önce Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarında çalışmakta olan hekimler için güncellenmiş PBS (hizmet puanı dökümü) çıktısı.(Bu belge hekim tarafından “Hizmet Puanı bilgilerimin doğruluğunu onaylıyorum.” yazılarak imzalanacaktır.)

\*Aile hekimliği sözleşmesi imzalamadan önce Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşları dışındaki kamu kurum ve kuruluşlarında görevli olan aile hekimliği uzmanları için detaylı hizmet cetveli dökümü (Kurumdan onaylı)

\*Nüfus Cüzdanı fotokopisi

Sözleşmeli aile hekimi olmayan, kadrosu ve pozisyonu ilde olan aile hekimliği uzmanları için;

\*Halen Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarında çalışan hekimler için güncellenmiş PBS (hizmet puanı dökümü) çıktısı. (Bu belge hekim tarafından “Hizmet Puanı bilgilerimin doğruluğunu onaylıyorum.” yazılarak imzalanacaktır.)

\*Sağlık Bakanlığı dışındaki kamu kurum ve kuruluşlarında görevli hekimler için detaylı hizmet cetveli dökümü (Kurumdan onaylı)

\*Nüfus Cüzdanı Fotokopisi

\*Aile Hekimliği Uygulaması için başvuru formu (EK-2)

\*Aile Hekimliği Bilgi Formu (EK-3)

\*Sağlık Bakanlığı Yönetim Hizmetlerinin 13.12.2017 tarih ve 1464 sayılı 2017/21 nolu Aile Hekimliğine Geçişte Muvafakatname konulu Genelgesine istinaden kurumlarından alacakları muvafakatname

EK-2

UŞAK İLİ

AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI İÇİN BAŞVURU FORMU

Uşak İli ……………………. .İlçesinde …………………………….. olarak görev yapmaktayım.

Uşak İlinde uygulanmakta olan aile hekimliği uygulamasında görev almak istiyorum.

1. Adı ve Soyadı :
2. T.C. Kimlik No :
3. Sicil No :
4. Dip.Tes.No / İhtisas No: :
5. Hizmet Puanı :
6. A.H.Uyum Eğt. Sertifika No :
7. Doğum Yeri ve Tarihi :
8. Asıl Görev Yeri :
9. Varsa Geçici Görev Yeri :
10. Varsa daha önceki görev yerleri ( Şu an görev yapılan yerden başlanarak göreve başlama tarihine göre sıralama yapılacaktır.)

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 : Tarih-İmza

Tel :

EK-3

**AİLE HEKİMİ BİLGİ FORMU**

**Adı-Soyadı :**

**T.C. Kimlik No :**

**Doğum Tarihi ve Yeri :**

**Mezun Olduğu Üniversite :**

**Mezuniyet Yılı :**

**Varsa Uzmanlık Dalı :**

**Görev Yeri :**

**Görev Yeri Adresi :**

**Varsa Aldığı Sertifikalı Eğitimler ( Kurs, Seminer, Yüksek Lisans, Doktora vb)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Eğitimin Adı** | **Veren Kurum** | **Eğitim Türü** | **Yılı ve Süresi** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**İLETİŞİM :**

**Ev Tel :**

**İş Tel :**

**GSM :**

**e-Mail :**

**İmza**

**Tarih : …../…../2019**

EK-4

**………………………………………………………………………………………**

**………………….....**

Halen ………………………………………………………………………………. kadrosu ile ……………………………………………………………… görev yapmaktayım.

24.11.2004 kabul tarih ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu 8. Madde 1. fıkrasına dayanarak hazırlanan ve 25/01/2013 tarihli ve 28539 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliğinin 12-1 maddesinde “Aile hekimi veya aile sağlığı elemanı olmak isteyen sağlık personelinin sözleşme imzalayabilmesi için kadrosunun bulunduğu kurumun muvafakati aranır. Sözleşme imzalayarak göreve başlayan kişiler bu görevlerini yürüttükleri sürece kurumlarında aylıksız veya ücretsiz izinli sayılırlar ve bunların kadroları ile ilişikleri devam eder hükmü gereği; sözleşmeli aile hekimleri kurumlarının muvafakati ile göreve başlayabilirler.

Uşak İl Sağlık Müdürlüğünce ilan edilen 29.05.2019 tarihinde yapılacak olan 52.Aile Hekimliği ek yerleştirme işlemine başvuruda bulunabilmem ve aile hekimliği uygulamasında görev aldığım taktirde, kurumunuzdaki kadromda ücretsiz izinli sayılabilmem için gerekli muvafakatın tarafıma verilmesini arz ederim.

……../……../ 2019

Dr. ……………………

…………….... Doktoru

**ADRES :**

**……………………………………….**

**……………………………………….**

**……………………………………….**

**……………………………………….**

**……………………………………….**