**İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ DIŞINDAKİ DİĞER KAMU VE KURUMLARDA ÇALIŞAN HEKİMLERİN MÜRACAATLARINDA İSTENECEK BELGELER;**

**Bir dosya içerisinde;**

 **1. http://zonguldakism.saglik.gov.tr/ adresinden temin edilerek eksiksiz olarak doldurulmuş onaylı Aile Hekimliği Uygulaması İçin Başvuru Formu.**

 **2. http://zonguldakism.saglik.gov.tr/ adresinden temin edilecek Aile Hekimliği Bilgi Formu.**

**3. Geçerli Kimlik Belgesi ( Nüfus Cüzdanı veya Ehliyet / “Aslı Gibidir” şeklinde Onaylı fotokopi - Kurum Yetkilisi veya Noter )**

**4. Sağlık Bakanlığı dışındaki kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan hekimlerin hizmet puanlarının hesaplanabilmesi için gerekli olan hizmet cetveli ve erkek adaylar için askerlik terhis belgesi ile birlikte İl Sağlık Müdürlüğü Personel Birimine yazılmış hizmet puanı hesaplanması konulu dilekçe. (Dilekçe örneği ektedir. )**

**5. Aile Hekimliği 1. Aşama Uyum Eğitimi Sertifikası (“Aslı Gibidir” şeklinde Onaylı Fotokopi - Kurum Yetkilisi veya Noter )**

**( Aile Hekimliği Uzmanı Hekimlerin sertifika zorunluluğu olmadığından dolayı sertifika ibraz etmelerine gerek yoktur. )**

**6. http://zonguldakism.saglik.gov.tr/ adresinde yer alan örneğe uygun olarak hazırlanmış muvafakatname. (Hekimlerin kurumlarına yazacakları dilekçe örneği ektedir. )**

**7. Başvuru evraklarının mesai saatleri içerisinde ( 08:30-12:30 / 13:30-17:30 ) Zonguldak İl Sağlık Müdürlüğü Gelen Evrak Birimine kaydı yapıldıktan sonra Aile Hekimliği Birimine elden teslim edilmesi gerekmektedir. Posta ve internet yolu ile müracaat kabul edilmeyecektir.**

 AİLE HEKİMİ BİLGİ FORMU

|  |  |
| --- | --- |
| Adı - Soyadı  |  |
| 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  | Eğitimi Veren Kurum | Eğitim Türü | Yılı ve Süresi |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

İLETİŞİM BİLGİLERİ

|  |  |
| --- | --- |
| Ev Telefonu |  |
| İş Telefonu |  |
| GSM 1 |  |
| GSM 2 |  |
| e-Mail |  |
| Adres |  |
| Maaşını Aldığı Banka ve Şubesi |  |
| Maaş IBAN Numarası |  |

İmza

Tarih : …/…/…

ZONGULDAK İLİ

AİLE HEKİMLİĞİ UYGULAMASI İÇİN BAŞVURU FORMU

(İl Sağlık Müdürlüğü Bünyesinde Çalışan Hekimler İçin)

Zonguldak İli ……………………… ilçesinde ………………………… olarak görev yapmaktayım. Zonguldak İlinde …/…/… tarihinde yapılacak olan Aile Hekimliği Ek Yerleştirme işlemlerine başvurmak istiyorum.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Adı ve Soyadı |  |
| 2 | T.C. Kimlik No |  |
| 3 | Sicil No |  |
| 4 | Hizmet Puanı |  |
| 5 | Uyum Eğitimi Sertifika No |  |
| 6 | Doğum Yeri ve Tarihi |  |
| 7 | Asli 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, hizmet puanında bakanlık kayıtlarının esas alınacağını, koşullara uymadığım takdirde bir hak aramayacağımı kabul eder, aile hekimliği uygulamasında görev yapabilmem için gereğini saygılarımla arz ederim.

Tarih – İmza

Adres : …………………………………………………….

……………………………………………………………...

Tel : ……………..........

MUVAFAKAT DİLEKÇE ÖRNEĞİ

…………………………………………………….. MÜDÜRLÜĞÜNE/

 BAŞHEKİMLİĞİNE/

 REKTÖRLÜĞÜNE

 ZONGULDAK

 Halen Kurumunuza / Müdürlüğünüze bağlı………………….………………………… …..............…………..’nde ……………………………unvanında görev yapmaktayım.

 24/11/2004 tarih ve 5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu’nun 8’nci maddesi Birinci fıkrasına dayanılarak hazırlanan ve 25.01.2013 tarih ve 28539 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren **Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği’nin** **12’nci maddesinin birinci fıkrasında** “Aile Hekimi veya aile sağlığı elemanı olmak isteyen sağlık personelinin sözleşme imzalayabilmesi için kadrosunun bulunduğu kurumun muvaffaktı aranır. Sözleşme imzalayarak göreve başlayan kişiler bu görevlerini yürüttükleri sürece kurumlarında aylıksız veya ücretsiz izinli sayılırlar ve bunların kadroları ile ilişikleri devam eder*.*” hükmüne yer verilmiştir.

 Bu itibarla; Zonguldak İl Sağlık Müdürlüğünce ilan edilen, …/…/… tarihli aile hekimliliği ek yerleştirme işlemine başvuruda bulunabilmem ve aile hekimliği uygulamasında görev aldığım takdirde, kurumunuzdaki kadromda ücretsiz izinli sayılabilmem için gerekli muvafakatın tarafıma verilmesini arz ederim.

 …../…../……

Dr. ……………………..

Adres:

MUVAFAKAT VERİLME YAZISI ÖRNEĞİ

T.C.

………………………..

……………………….. Müdürlüğü

Sayı: …………………........

Konu: Dr. ………………… ‘ un Muvafakatnamesi

İLGİLİ MAKAMA

Kurumumuz hekimi Dr. ……………………… ; ……………. tarihli dilekçesi ile Zonguldak İlinde …/…/… tarihinde yapılacak olan Aile Hekimliği Ek Yerleştirme işlemlerine Aile Hekimliği Uygulamasında görev almak üzere başvuruda bulunacağını ve başvuru sırasında gerekli olan, İl Sağlık Müdürlüğünün talep ettiği muvafakatin verileceğine dair yazının istendiğini belirtmiştir.

Adı geçen için, talep edilen aile hekimliği uygulaması sırasında kurumumuzdaki kadrosundan ücretsiz izinli sayıldığına dair muvafakat kurumumuzca verilmiştir.

Bu belge adı geçenin kendi isteği üzerine düzenlenmiştir.

Bilgilerinize sunarım.

 …………..………………

 Kurum Yetkilisi

 (Bu belgeyi vermeye yetkili merci)

HİZMET HESAPLANMASINDA GEREKLİ DİLEKÇE ÖRNEĞİ

 **İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE**

 **( Personel Birimi )**

 **ZONGULDAK**

 ……………………………………………’de kurum hekimi olarak çalışmaktayım. İlimizde …/…/… tarihinde yapılacak olan Aile Hekimliği Ek Yerleştirme işlemlerine Aile Hekimliği uygulamasında görev almak üzere başvuruda bulunacağımdan dolayı yerleştirmelerde esas teşkil eden hizmet puanımın hesaplanmasını istiyorum.

 Gereğini arz ederim

 Dr. ……………………….

 Tarih – İmza

Ek :

1. Hizmet cetveli

 2. Askerliğini yapmış erkek adaylar için askerlik terhis belgesi