

..... İL/İLÇE
..... [İL] İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

Konu: Alt bölge tayini / yer değişikliği talebi

Kurumunuz bünyesinde [unvan: hemşire/ebe/sağlık memuru/diğer] olarak görev yapmaktayım. Hâlihazırda görev yerim [il/ilçe - Kurum/Birim] olup, [sağlık/ailenin ikameti/eş durumu/öğrenim/çocukların eğitimi/güvenlik vb.] gerekçeleri nedeniyle alt bölgede bulunan [talep edilen il/ilçe - Kurum]'a atanma/yer değişikliği talebinde bulunuyorum.

Sağlık Bakanlığı Atama ve Yer Değiştirme Yönetmeliği ile ilgili mevzuat kapsamında; hizmet puanım, hizmet sürem ve kadro/planlama imkânları dikkate alınarak alt bölge tayini talebimin değerlendirilmesini; uygun görülmesi hâlinde atamamın yapılmasını, uygun görülmemesi hâlinde ise gerekçeli olarak tarafıma bildirilmesini arz ederim.

Gereğini arz ederim.

....., / / 20....

[Başvuran Personel]

Adı Soyadı : _____

T.C. Kimlik No : _____

Sicil No / Personel No : _____

Görev Yeri : _____

Unvan : _____

Adres : _____

Telefon : _____

E-posta : _____

İmza

Ekler:

- 1) (Varsa) Sağlık raporu / durum bildirir belge
- 2) (Varsa) Eş durumu belgesi (evlilik cüzdanı/çalışma belgesi vb.)
- 3) (Varsa) İkametgâh/Adres belgesi
- 4) (Varsa) Çocukların eğitim durumunu gösterir belge
- 5) Hizmet dökümü / görev yeri belgesi