

## İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ'NE

..... adresinde faaliyet gösteren **Özel** .....  
kadrolu olarak görev yapıyorum. **Özel** .....Geçici Kadrolu olarak görev yapmak istiyorum. Kimlik ve Eğitim Bilgilerim aşağıdaki gibidir.

Gereğini arz ederim.

### KİMLİK BİLGİLERİ

T.C. Kimlik No	
Yabancı Kimlik No	
Adı Soyadı	

### EĞİTİM BİLGİLERİ

Eğitim Durumu	
Mezun Olduğu Okul	
Bölümü	
Mezuniyet Yılı	
Diploma Tescil No/Tarihi	
Uzmanlık Tescil No/Tarihi	
Denklik Tescil No/Tarihi	
Uzmanlık Denklik Tescil No/Tarihi	

#### Kadrolu Çalışılan Kurum

Çalışma Günleri

Çalışma Saatleri

Nöbet Tutacak/Tutmayacak


#### Kısmi Zamanlı Çalıştığı Kurum

Kısmi Zamanlı Çalıştığı Günler

Kısmi Zamanlı Çalıştığı Saatler


#### Kısmi Zamanlı Çalışacağı Kurum

Kısmi Zamanlı Çalışacağı Günler

Kısmi Zamanlı Çalışacağı Saatler


Hekim Adı Soyadı İmza

SGK sözleşmemiz **VARDIR / YOKTUR**

SGK ile .....branşında parçalı  
hizmet sözleşmemiz **VARDIR**

**Kısmi zamanlı çalışmasına izin veriyorum Gereğini arz ederim.**

Kadrolu Çalıştığı Kurumun Mesul Müdür

Adı Soyadı

Tarih İmza

SGK sözleşmemiz **VARDIR / YOKTUR**

SGK ile .....branşında parçalı  
hizmet sözleşmemiz **VARDIR**

**Kısmi zamanlı çalıştırmak istiyorum. Gereğini arz ederim.**

Kısmi Zamanlı Görev Yapacağı Kurumun Mesul Müdür

Adı Soyadı

Tarih İmza

## SÖZLEŞME EKİ / EK SÖZLEŞME

Bu sözleşme eki .....hastane / tıp merkezi ile ..... arasında ..... tarihinde imzalanan iş sözleşmesine ek sözleşmedir.

Çalışma Şekli ( Kadrolu / Kısmi Zamanlı / Konsültan	
Çalışma Günleri	
Çalışma Saatleri	
Nöbet Tutacak / Tutmayacak	
* Başka bir sağlık kuruluşunda Çalışabilir / Çalışamaz	
İmza Hekim	İmza Mesul Müdür

## İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĐÜNE

Aşğıda örneği bulunan tatbik imzam olup, İstanbul Sağlık Müdürlüğü ve çalıştığım sağlık kuruluşları nezdinde her türlü işlemlerde kullanacağımı ve bu imzamin beni her bakımdan sorumlu kılacağını, temsil ve ilzam edeceğini beyan ederim.

Adı Soyadı:

İkâmetgâh Adresi:

Cep Telefonu:

E-Mail Adresi: