

BAŞVURU FORMU

T.C. NO	
SİCİL NO	
ADI SOYADI	
ÜNVANI	
BRANŞI	
ÇALIŞTIĞI BİRİM	
HİZMET PUANI	(Sadece DHY olanlar doldurmak zorundadır)
HİZMET SÜRESİ (Sözleşmeli kadronun açıldığı birimdeki çalışılan süre)	(Sadece DHY olanlar dolduracaktır)

TERCİH ETTİĞİ YERLER

1.
2.
3.
4.
5.

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

SAMSUN

4924 sayılı Kanuna Tabi Sözleşmeli Sağlık Personeli Atama ve Yer Değiştirme Yönetmeliğine göre (TSM, Hastane) birimine 4924 sayılı Kanununa göre Sözleşmeli olarak istihdam edilmek istiyorum.

Gereğinin yapılmasını arz ederim. / / 2018

Adı Soyadı:

Tarih:

İmza: