

1. C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
EŞ VEYA SAĞLIK DURUMUNA İSTİNADEN
ATAMA VE NAKİL TALEP FORMU

A: NAKİL TALEBİNDE BULUNAN KİŞİNİN			
1	T. C. KİMLİK NO		
2	KURUM SİCİL NO		
3	ADI SOYADI		
4	KIZLIK SOYADI		
5	UNVAN / BRANŞ		
6	MÜKTESEBİ		
7	ÖĞRENİM DURUMU		
8	CİNSİYETİ	KADIN	ERKEK
9	MEDENİ HALİ	BEKAR	EVLİ
10	DOĞUM YERİ		TARİHİ (G/A/Y) :
11	EŞİNİN ÇALIŞIP ÇALIŞMADIĞI	ÇALIŞIYOR	ÇALIŞMIYOR
12	ASKERLİK DURUMU	YAPTI	MUAF
			TECİLLİ

B: MEMURİYETTE GEÇEN HİZMETLERİ				
	ÜNVANI	GÖREV YERİ (İL/İLÇE)	GÖREVE BAŞLADIĞI TARİH	GÖREYDEN AYRILDIĞI TARİH
1				
2				
3				
4				

C: HALEN ÇALIŞMAKTA OLUĞU		
İL/İLÇE	GÖREVE BAŞLADIĞI TARİH	GÖREV SÜRESİ

D:	
a:	SAĞLIK DURUMU: Yönetmeliğin 19.Maddesine göre sağlık özürünün belgelendirilmesi (Sağlık Kurulu Raporu)
b:	EŞ DURUMU: Yönetmeliğin 20. Maddesine göre eş durumunun belgelendirilmesi
	EŞİNİN GÖREV ÜNVANI / MESLEĞİ:
	EŞİNİN GÖREV YERİ VE ADRESİ

E: NAKİL ATANMAK İSTEDİĞİ YER	
Tercih sırasına göre (Sağlık Mazereti nedeniyle tayin talebinde bulunanlar tercih belirtemezler)	
1	
2	
3	
4	
5	

..... Şahsımla ilgili bilgiler ve tercih ettiğim iller yukarıda belirtilmiş olup, atamamın bu illerden birine yapılabilmesi için, dilekçemin ilgili makama havalesini arz ederim. .../.../200..	
ADRES:	Yukarıdaki bilgiler tarafımdan doldurulmuştur. Adı ve Soyadı İmza

DOĞRULUĞUNU TASDİK EDERİM

Adı Soyadı:

Ünvanı:

İmza: