



PERSONEL BİLGİ FORMU_(Hekim Dışı Diğer Sağlık Çalışanları İçin)

...../...../20....

AFYONKARAHİSAR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İlimiz İlçesinde
adresinde Özel adı altında faaliyet
gösteren özel sağlık kuruluşunda olarak çalışmak istiyorum.
Kimlik ve eğitim bilgilerim aşağıdaki gibidir.

Gereğini arz ederim.

Adı Soyadı :

İmza :

T.C. Kimlik No	
Yabancı Sağlık Çalışanı Kimlik No ¹	

ÇALIŞTIĞI KURULUŞ	
Çalışma Günleri
Çalışma Saatleri
Nöbet	: <input type="checkbox"/> Tutacak <input type="checkbox"/> Tutmayacak
ÇALIŞAĞI KURULUŞ	
Çalışma Günleri
Çalışma Saatleri
Nöbet	: <input type="checkbox"/> Tutacak <input type="checkbox"/> Tutmayacak

ÇALIŞACAĞI KURULUŞ

Mesul Müdür	
Adı Soyadı	:
Tarih	:/...../20....
İmza/Kaşe	:

NOT: Özel Evde Bakım Merkezinde çalışan **hekim ve diğer sağlık çalışanları** hiçbir başka özel/kamu sağlık kuruluşunda **çalışamaz.**

(Evde Bakım Hizmetleri Sunumu Hakkında Yönetmelik Madde: 19)

1 Yabancı uyruklu hekim dışı diğer sağlık çalışanı sadece bir özel sağlık kuruluşunda çalışabilir.