



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI  
AFYONKARAHİSAR  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

## MESUL MÜDÜR YETKİLENDİRME DİLEKÇESİ

Tarih: .../.../20....

### AFYONKARAHİSAR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

İlimiz.....İlçesi.....  
.....adresinde.....  
sahipliğinde Özel .....adı altında faaliyet gösteren  
özel sağlık kuruluşunda Kadrolu Kadro dışı geçici görev yapan Dr./Uzm.Dr  
.....adına Mesul Müdürlük belgesi düzenlenmesi hususunda;  
Gereğini arz ederim.

Kurum Yetkilisi

Ad/Soyad/İmza

**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)