

**PSİKO-TEKNİK DEĞERLENDİRME MERKEZLERİ RUHSAT BAŞVURU
DİLEKÇESİ**

AFYONKARAHİSAR İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

Merkezin	
Adı	
Adresi	
Sahibi/Sahipleri	
Çalışma Saatleri	
Kullanılacak Test Sisteminin Adı	
Test Cihazının seri Numarası (<i>Birden fazla cihazı varsa numaralandırılarak bütün cihazların seri numaraları yazılacaktır</i>)	
Sorumlu Psikoloğun	
Adı	
Diploma No	
TC kimlik numarası	
<p>Yukarıda adı ve adresi belirtilen merkezimizin faaliyete geçebilmesi için ruhsatlandırma işlemlerinin başlatılmasını arz ederim.</p> <p>..../..../20..</p> <p>Sahibi/Sahipleri Adı-Soyadı imza</p>	

* 4 sayılı Cetvele İlişkin Ek-1