

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
BATMAN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
AİLE HEKİMİ/ AİLE SAĞLIĞI ELEMANI İZİN FORMU

BATMAN MERKEZ TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİNE

..... Aile Sağlığı Merkezinde sözleşmeli..... olarak görev yapmaktayım. 5258 sayılı Kanun ile Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliğinin ilgili maddeleri ve aşağıda belirtmiş olduğum bilgiler çerçevesinde, tarihinden itibaren(.....) günlük iznine ayrılmak istiyorum. / /

Gereğini arz ederim.

.....
İmza

A.İZNE AYRILAN PERSONELİN				D.HİZMETİN GÖRÜLMESİ(VEKALET)	
Adı Soyadı :				Hizmet Görülmesi İçin Geçici A.H./ASE ile Evet ☐	
Sicil/TC No :				Anlaştım. Hayır ☐	
TC No :				Yaptığım Anlaşma Müdürlükçe Uygun Evet ☐	
Cep Tel :				Görülme de İzne Ayrılmak İstiyorum Hayır ☐	
B.İZİN BİLGİLERİ (TSM'ce Doldurularak ÇKYS'ye İşlenecektir)				E.GEÇİCİ A.H./A.S.E	
İzin Türü : Yıllık ☐		Eğitim ☐		Adı Soyadı :	
Hastalık ☐		Mazeret ☐		Sicil No/TC :	
Doğum(Analık) ☐		Süt İzni ☐		Ünvanı :	
İstenen İzin Gün Sayısı		İznin Başlangıç Tarihi		F.GEÇİCİ SAĞLIK HİZMETİNİN YÜRÜTÜLMESİ	
		İznin Bitiş Tarihi		72..... Nolu A.H.B. çalışan Aile Hekimi/Aile Sağlığı Elemanın yerine izin süresince görevi ile ilgili her türlü işlemleri yapmayı kabul ediyorum. Ayrıca geçici olarak hizmet vereceğim birimin sunması gereken , , , , tarihlerindeki gezici/yerinde sağlık hizmetlerini , , tarihlerinde sunacağımı taahhüt ediyorum./...../ 202... İmza	
202... yılı hakedilen izin süresi : (gün)		Göreve Başlayış Tarihi			
202... yılı kullanılan izin(mevcut izin dahil) : (gün)					
202... yılı içerisinde kalan izin süresi : (gün)					
C. AİLE HEKİMİ BİLGİLENDİRME					
..... Nolu A.H.B.'de görevli A.S.E.n izni hususunda Aile Hekimi bilgilendirildim. İmza/Kaşe					
D.İZİN ADRES BİLGİLERİ				G.T.S.M. GÖRÜŞÜ	
				☐ Hizmetin anlaşmış olduğu geçici A.H./A.S.E.'ninca yürütülmesinde sakınca görülmemiştir.	
				☐ Geçici A.H./A.S.E ile anlaşma yapılmadığından veya anlaşma uygun görülmediğinde görevlendirilebilecek personel:.....	
MÜDÜRLÜK MAKAMINA					
72..... Nolu Aile Hekimliği Biriminde sözleşmeli ünvanıyla görev yapmakta olann iznine ayrılma talebi Başkanlığımızca uygun görülmüştür. İlgili mevzuat gereğince hizmetin yürütülmesine ilişkin anlaşmanın (varsa) uygun görülmesi ve adı geçen personelin belirtilen tarihlerde izinli sayılması hususunu;					
Makamınızca da uygun görüldüğü takdirde, Tensiplerinize arz ederim.					
Dr. Tahir YARBA/...../202.. Toplum Sağlığı Merkezi Başkanı					
OLUR/...../202.. Dr. Serkan SÜNGER İl Sağlık Müdürü.a Halk Sağlığı Başkanı					