

**2020 KASIM DÖNEMİ
İL İÇİ TAYİN TALEP FORMU**

A- Tayin Talebinde Bulunan Sahsın _____ :

- 1- Hizmet Puanı* :
2- T.C. Kimlik Numarası :
3- Adı Soyadı :
4- Sicil No :
5- Görev Ünvanı :
6- Görev Yeri :
7- İlk İşe Başlama Tarihi :

B- Memurivette Gecen Hizmetleri _____ :

Ünvanı	Görev Yeri	Göreve Başladığı Tarih	Görevden Ayrıldığı Tarih
...../.../.....	.../.../.....
...../.../.....	.../.../.....
...../.../.....	.../.../.....
...../.../.....	.../.../.....

C- Naklen Atanmak İstediği Yerler** _____ :
(Tercih Sırasına Göre)

- 1-.....
2-.....
3-.....

**Komisyon kararı gereği en fazla 3 tercih yapılacaktır.

TAYİN TALEP DİLEKÇESİ

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE SUNULMAK ÜZERE

Şahsımla ilgili bilgiler, tayin talep nedenim ve tercih ettiğim kurum ve kuruluşlar yukarıda belirtilmiş olup, uygun görüldüğü takdirde tayininin yapılması hususunda gereğini arz ederim.

ADRES :

Yukarıdaki bilgiler tarafımdan doldurulmuştur.
Hizmet Puanıma İtirazım Yoktur

.....

Adı Soyadı :

.....

İmza :

TELEFON

Tarih :/...../2020

* E-Devlet veya Ekip Portal Sistemi üzerinden alınan, Hizmet Puanını gösterir belgenin, tayin talep dilekçesine eklenmesi gerekmektedir. Belge eklemeyenlerin tayin talepleri değerlendirilmeye alınmayacaktır.

**Amirin Adı Soyadı
İmzası**