

**ISMARLAMA PROTEZ VE ORTEZ MERKEZLERİ / İŞİTME CİHAZI MERKEZLERİ
PERSONEL ÇALIŞMA BELGESİ İÇİN GEREKLİ BELGELER**

Merkez Adı:

Adresi:

Personelin Adı Soyadı:

Tarih:

BELGELER		ÖSK	İLÇE SAĞ MÜD.
1	MERKEZ SAHİBİ VE ÇALIŞACAK OLAN KİŞİNİN BAŞVURU DİLEKÇELERİ (İLGİLİ KURULUŞTA ÇALIŞMAK İSTEDİĞİNİ VE RESMİ KURUMDA ÇALIŞMADIĞINI BELİRTİR OLMALI)		
2	T.C. KİMLİK NUMARASI BEYANI		
3	2 ADET FOTOĞRAF (SON 6 AYDA ÇEKİLEN-FOTOKOPİ OLMAYACAK)		
4	MERKEZDE GÖREV ALACAK ŞAHİSLARA AİT DİPLOMANIN(SAĞLIK BAKANLIĞI TARAFINDAN TESCİLLİ) VEYA SORUMLU MÜDÜR SERTİFİKASININ ASLINA UYGUNLUĞUNUN İLÇE MÜDÜRLÜĞÜNCE ONAYLI ÖRNEĞİ.		
5	SORUMLU MÜDÜRÜN 26/9/2004 TARİHLİ VE 5237 SAYILI TÜRK CEZA KANUNUNUN 53 ÜNCÜ MADDESİNDE BELİRTİLEN SÜRELER GEÇMİŞ OLSA BİLE; KASTEN İŞLENEN BİR SUÇTAN DOLAYI BEŞ YIL VEYA DAHA FAZLA SÜREYLE YA DA DEVLETİN GÜVENLİĞİNE KARŞI SUÇLAR, ANAYASAL DÜZENE VE BU DÜZENİN İŞLEYİŞİNE KARŞI SUÇLAR, MİLLÎ SAVUNMAYA KARŞI SUÇLAR, DEVLET SIRLARINA KARŞI SUÇLAR VE CASUSLUK, KAMUNUN SAĞLIĞINA KARŞI SUÇLAR, ZİMMET, İRTİKÂP, RÜŞVET, HIRSIZLIK, DOLANDIRICILIK, SAHTECİLİK, GÜVENİ KÖTÜYE KULLANMA, HİLELİ İFLAS, İHALEYE FESAT KARIŞTIRMA, EDİMİN İFASINA FESAT KARIŞTIRMA, SUÇTAN KAYNAKLANAN MALVARLIĞI DEĞERLERİNİ AKLAMA VEYA KAÇAKÇILIK SUÇLARINDAN HAPİS CEZASINA MAHKÛM OLMADIĞINA DAİR ADLİ SİCİL DURUM BEYANI		
6	MESLEĞİNİ YAPABİLECEĞİNE DAİR SAĞLIK DURUM BEYANI		
7	SGK SİGORTALI İŞE GİRİŞ BİLDİRGESİ VEYA SGK PRİM BORDROSU		
8	MERKEZ SAHİBİ İLE ÇALIŞAN ARASINDA AKDEDİLMİŞ HİZMET SÖZLEŞMESİ (EKSİKSİZ DOLDURULMUŞ OLACAK)		
9	T.C ZİRAAT BANKASI A.Ş. ANKARA KAMU GİRİŞİMCİ ŞUBESİ NEZDİNDEKİ TR29 0001 0025 3300 0010 0063 99 İBAN NOLU HESABA YATIRILACAK HARÇ BEDELLERİ: PERSONEL ÇALIŞMA BELGESİ: 145,00 TL ÇALIŞMA BELGESİ YENİLEME: 62,00 TL ATM DEKONTLARI VE EFT KABUL EDİLMEZ DEKONT OLACAK.		

NOT: Yukarıda belirtilen evraklar; Özel Sağlık Kuruluşu tarafından eksiksiz olmak durumundadır. Bu form tanzim edilirken her belgenin karşısındaki kutucuğa (ÖSK yazan bölüm) (+), (/) yada (-) işaretleri konulacaktır.

ÖSK Sorumlu Müdürü tarafından kontrol edilmiştir.

DÜZENLEYENİN

Adı ve Soyadı:

İmza:

Dosya İlçe Sağlık Müdürlüğümüz tarafından kontrol edilmiştir.

İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ PERSONELİ

Adı ve Soyadı:

İmza: