**ÇALIŞMA BELGESİ İÇİN HEKİM DIŞI SAĞLIK PERSONELİNDEN**

 **İSTENEN BELGELER**

 **Özel Sağlık Kuruluşunun**

 **Adı:**

 **Adresi:**

 **Telefon No:**

 **Başlayan Personelin Adı Soyadı:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NO** | **BELGELER** | **ÖSK** | **SAĞ.****MÜD.** |
| **1** | **Kuruluş Mesul Müdür/Sahipliğine Ait Dilekçe** (Personeli çalıştırmak istediklerini belirtir olmalı) |  |  |
| **2** | **Başvuru Dilekçesi** (Kişinin herhangi bir özel ve kamu kuruluşunda çalışıp çalışmadığını da belirtir olmalı) |  |  |
| **3** | Diplomanın Müdürlükçe onaylı örneği  |  |  |
| **4** | Hizmet sözleşmesi (Aslı görülmek şartıyla Müdürlük tasdikli suretleri; istenilir ise sözleşmeler ıslak imzalı verilebilir), |  |  |
| **5** | Nüfus Cüzdanının Müdürlükçe onaylı örneği  |  |  |
| **6** | Sosyal Güvenlik İşe Giriş Bildirgesi |  |  |
| **7** | 2 Adet vesikalık fotoğraf  |  |  |
| **8** | Adli sicil beyanı (e-devletten alınabilir) |  |  |

**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 ve ÖSK Mesul Müdürü tarafından kontrol edilip imzalanacaktır.

Dosya ÖSK Mesul Müdürü tarafından kontrol edilmiştir. **Kontrol Eden Kuruluş Yetkilisi**

 Adı Soyadı:

 İmza

Dosya Şube Müdürlüğümüz tarafından kontrol edilmiştir. **Kontrol Eden**

 …/…/ …

 Adı Soyadı:

 İmza