

T.C.  
..... VALİLİĞİ  
İl Sağlık Müdürlüğü



Belge No:

Tarih.../.../....

**PERSONEL ÇALIŞMA İZİN BELGESİ**

PERSONELİN  
ADI ve SOYADI :  
UNVANI :  
GÖREVİ :  
BABA ADI :  
DOĞUM YERİ :  
DOĞUM TARİHİ :  
MEZUN OLDUĞU OKUL :  
MEZUNİYET TARİHİ :  
DİPLOMA NO :  
UZMANLIK DİPLOMA NO (varsa) :  
.....KURSU SERTİFİKA NO (varsa) :

GÖREV YAPACAĞI ÖZEL KURULUŞUN

ADI :  
ADRESİ :

Yukarıda açık kimliği yazılı olan sağlık personelinin ..... isimli ambulans servisinde mesleğini icra etmesi İl Sağlık Müdürlüğünce uygun görülmüştür. Bu belge .../.../2006 tarih ve ..... sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları İle Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği hükümlerine göre düzenlenmiştir.

Vali a.  
İl Sağlık Müdürü