İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

 YALOVA

 ……………………………………….emrinde …………………………. kadrosunda görev yapmaktayım. Şahsımla ilgili bilgiler aşağıda belirtilmiş olup, tayinimin yapılması hususunda;

 Gereğini arz ederim.…...../……/2021

|  |
| --- |
| Adı-Soyadı |
| İmza-Tarih |

**A- Tayin Talebinde Bulunan Şahsın**

1.Adı Soyadı :

2.Sicil No:

3.Görev Ünvanı:

4.Görev Yeri:

5.Öğrenim Durumu:

6.Medeni Hali:

**B- Naklen Atanmak İstediği Yer**

1-………………………………………..

2-………………………………………..

3-………………………………………..

ADRES:

………………………………….…………….

………………………………………………..

TELEFON: