

ANLAŞAN AİLE SAĞLIĞI ÇALIŞANI İZİN FORMU	
Adı Soyadı	
Görevi/Ünvanı	
Sicil Numarası	
Hizmet Süresi	
Yıl İçerisinde Kullandığı İzin	
İstediği İznin Mahiyeti	
İzninin Başlama Tarihi ve Süresi	
İznini Geçireceği Yerin Açık Adresi ve Telefon Numarası	

.....Aile Sağlığı Merkezinde Aile Sağlığı Çalışanı olarak görev yapmaktayım. 30/06/2021 tarih ve 31527 sayı ile Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren “Aile Hekimliği Ödeme ve Sözleşme Yönetmeliğinin” izinler başlıklı 13.Maddesi 5.bendi ve 16.Maddesi 3.bendi hükümleri gereği; izinli olduğum sürede bölgemdeki tüm sağlık hizmetlerinin anlaşmış olduğum Aile Sağlığı Çalışanı tarafından yürütülmek üzere; .../.../..... tarihinden itibaren rakam ile (yazı ile) gün yıllık izine ayrılmak istiyorum.

Aile Sağlığı Çalışanı

Aile Sağlığı Çalışanı

UYGUNDUR
Dr. Betül BAKIŞ
İlçe Sağlık Müdürü