



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
BURSA
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

BURSA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ PERSONEL KİMLİK KARTI İSTEK FORMU

KOD PHB.FR.021 YAY. TRH. 3.11.2022 REV. TRH. 18.05.2023 REV. NO. 1 Sayfa 1 / 1

TALEP EDİLEN KİMLİK KARTI TÜRÜ	<input type="checkbox"/>	Personel Kimlik Kartı	<input type="checkbox"/>	Emekli Personel Kimlik Kartı
--------------------------------------	--------------------------	-----------------------	--------------------------	------------------------------

T.C. NO	
ADI	
SOYADI	
UNVANI	
SİCİL NO	
GÖREV YERİ	
NÜFUS CÜZDAN SERİ NO	
BABA ADI	
ANNE ADI	
DOĞUM TARİHİ	
KAN GRUBU	

KİMLİK KARTI TALEBİNE İLİŞKİN

TALEP NEDENİ	<input type="checkbox"/>	Yeni	<input type="checkbox"/>	Hasarlı / Yıpranmış
	<input type="checkbox"/>	Kayıp / Çalıntı	<input type="checkbox"/>	Unvan / Kimlik Bilgi Değişikliği

1-	Aşağıdaki beyanlardan birinin doldurulması zorunludur .
a-	Daha önce İl Sağlık Müdürlüğünce tarafıma kimlik kartı verilmediğini beyan ederim.
b-	Daha önce kurumunuzdan tarafıma verilen kimlik kartımı teslim ediyorum.
c-	Kimlik kartım kayıp / çalıntı olduğundan en yakın kolluk kuvvetlerine başvuruda bulundum.
2-	Formla birlikte 1 (bir) adet vesikalık fotoğraf gönderilmesi rica olunur.
3-	Personel kimlik kartımın bilgilerimdeki değişiklik, kayıp, hasar vb. nedenlerle zayi olması halinde İl Sağlık Müdürlüğüne bildirmekle ve tayin, emeklilik, istifa vb. sebeplerle görevimden ayrıldığımda Personel Kimlik Kartımı teslim etmekle yükümlü olduğumu beyan ederim.

Beyan Sahibinin İmzası

.../.../20..