................................................. İL/İLÇE

................................................. İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

Konu: Aile Sağlığı Elemanı Sözleşme Feshi Talebi

Sayın Yetkili,

T.C. Kimlik No : ............................................................

Adı Soyadı   : ............................................................

Görev Yeri : ................................ Aile Sağlığı Merkezi (ASM)

Sözleşme Tarihi : .... / .... / 20....

657 sayılı DMK geçici 36. madde ve Aile Hekimliği Uygulama Yönetmeliği

hükümleri uyarınca aile sağlığı elemanı olarak yürüttüğüm görevime

kişisel nedenlerim nedeniyle devam edemeyeceğimden, mevcut sözleşmemin

.... / .... / 20.... tarihi itibarıyla \*\*feshedilmesini\*\* arz ederim.

Sözleşme fesih bildirim süresine ilişkin hükümlere riayet edeceğimi,

devir-teslim işlemlerini belirtilen tarihe kadar eksiksiz tamamlayacağımı

belirtirim.

Gereğini bilgilerinize arz ederim.

..............., .... / .... / 20....

Başvuru Sahibi

Adı Soyadı : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

İmza

Telefon  : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

E‑posta : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adres   : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ekler:

1) Mevcut Sözleşme Fotokopisi

2) Kimlik Fotokopisi