

..... 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