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

................................................. KURUM/İL MÜDÜRLÜĞÜNE

Konu: Engelli Personelin Sağlık Durumu Nedeniyle Yer Değişikliği (Tayin) Talebi

657 sayılı Devlet Memurları Kanunu ve 'Devlet Memurlarının Yer Değiştirme Suretiyle

Atanmalarına İlişkin Yönetmelik' hükümleri uyarınca; .../.../20.... tarihli Sağlık Kurulu

Raporu ile belgelendirilen engellilik durumum (\_\_\_\_ %), çalışma koşullarım ve tedavi

süreçlerim dikkate alınarak görev yerimin değiştirilmesini talep ederim.

Tercih edilen görev yerleri: 1) ........................ 2) ........................ 3) ........................

Rapor ve destekleyici belgeler ektedir.

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

Başvuran (Memur)

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

T.C. Kimlik No : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Unvan/Sicil : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

İmza

İletişim/Adres : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Ekler:

1) Sağlık Kurulu Raporu (aslı gibidir/onaylı örnek)

2) Engelli Kimlik Kartı (varsa)

3) Hizmet cetveli/SGK hizmet dökümü

4) İkametgâh/tedavi merkezi belgeleri

5) Tercih formu/tercih listesi