

..... 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