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

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

Konu: Engellilik Durumuna Bağlı 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 (\_\_\_\_ %) ve tedavi/ulaşım koşullarım

dikkate alınarak görev yerimin değiştirilmesini talep ederim.

Tercih edilen yerler: 1) ........................ 2) ........................ 3) ........................

Mevcut görev yeri/ünvan/sicil ve hizmet bilgilerim aşağıda yer almaktadır.

Unvan : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Sicil No : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Görev Yeri : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Hizmet Süresi: \_\_\_\_\_\_ yıl \_\_\_\_\_\_ ay

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

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

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

Başvuran (Memur)

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

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

İmza

Ekler:

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

2) Engelli Kimlik Kartı (varsa)

3) Hizmet cetveli/SGK hizmet dökümü

4) İkametgâh ve tedavi merkezi belgeleri

5) Tercih listesi/tercih formu