

..... 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