

..... İL/İLÇE
..... İL MİLLÎ EĞİTİM MÜDÜRLÜĞÜNE

Konu: Engellilik Durumuna Bağlı Yer Değişikliği Talebi (Öğretmen)

MEB Öğretmen Atama ve Yer Değiştirme Yönetmeliği hükümleri uyarınca; .../.../20....
tarihli Sağlık Kurulu Raporu ile belgelendirilen engellilik durumum (____ %)
nedeniyle, görev yerimin aşağıda belirttiğim tercih yerlerine atanmasını talep ederim.

Branş : _____
Görev yeri : _____ (okul/kurum)
Hizmet süresi: _____ yıl
Tercihler : 1) 2) 3)

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

Öğretmen
Adı Soyadı : _____
T.C. Kimlik No : _____
Branş : _____
İmza

Adres/İletişim : _____

Ekler:
1) Sağlık Kurulu Raporu
2) Hizmet cetveli (MEBBİS)
3) Tercih listesi
4) Diğer destekleyici belgeler