**ANTALYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE**

Tayin olmamdan dolayı, sürekli görev yolluğunun tarafıma ödenmesi hususunda gereğini bilgilerinize arz ederim.

 **ADI SOYADI**

 **İMZA**

|  |  |
| --- | --- |
| **ADI SOYADI** |  |
| **T.C. KİMLİK NO** |  |
| **UNVAN ve GÖREVİ** |  |
| **Eski İKMETGAH ADRESİ** |  |
| **Eski GÖREV YERİ** |  |
| **Yeni İKAMETGAH ADRESİ** |  |
| **Yeni GÖREV YERİ** |  |
| **IBAN NO (Ziraat Bankası)** |  |
| **TELEFON NO** |  |

**EKLİ BELGELER:**

Ekli belgeler 1’er suret ve onaylı olacaktır.

1- Atama Kararı

2- Görev başlayış yazısı

3- Personel nakil bildirimi

4- Gerekirse, personelin kendisi için ve bakmakla yükümlü olduğu anne/baba için e-devlet sisteminden adres belgesi