**ŞANLIURFA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ**

**PERSONEL KİMLİK KARTI TALEP FORMU**

|  |
| --- |
| **KİMLİK ve İLETİŞİM BİLGİLERİ** |
| T.C. Kimlik No |  |
| Adı - Soyadı |  |
| Unvanı |  |
| Sicil No |  |
| Görev Yeri | *Örnek: Akçakale İlçe Sağlık Müdürlüğü* |
| Doğum Yeri ve Tarihi |  | ………….…./…..…………./…………..……. |
| Baba Adı |  |
| Ana Adı |  |
| Kan Grubu | **□ 0+** | **□ 0-** | **□ A+** | **□ A-** | **□ B+** | **□ B-** | **□ AB+** | **□ AB-** |
| Cep Telefonu | **0 (5 )** |
| **NÜFUS KAYIT BİLGİLERİ**  |
| İl |  |
| İlçe |  |
| Cilt No |  |
| Aile Sıra No |  |
| Sıra No |  |
| Nüfus Cüzdan Seri ve No  | *Örnek: C12 - 874561* |
| Kart Talep Sebebi | **□ İlk Alım** | **□ Yenileme** | **□ Kayıp** | **□ Çalıntı** |

Yukarıda belirttiğim bilgilerin eksiksiz, doğru ve okunaklı olduğunu, Personel Kimlik Kartımın kayıp/hasar vb. nedenlerle zayi olması halinde durumu İl Sağlık Müdürlüğüne bildirmekle yükümlü olduğumu, İl Sağlık Müdürlüğündeki görevimden ayrıldığımda Personel Kimlik Kartımı İl Sağlık Müdürlüğüne iade etmekle yükümlü olduğumu beyan ve kabul ederim. ……….. / ……….. / ………………..

**EK-1 : 1 adet Vesikalık Fotoğraf Başvuru Sahibinin İmzası**

**ŞANLIURFA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE**

Yukarıda bilgileri yazılı olan personelin kimlik bilgileri nüfus kayıtlarına uygun olup, adı geçen personele personel kimlik kartı çıkarılmasında sakınca bulunmamaktadır. ……….. / ……….. / ………………..

Bilgilerinize arz ederim. **Kurum Amiri Kaşe ve İmzası**

**TESLİM TUTANAĞI**

Personel Kimlik Kartı, Kimlik Kabı ve Boyun Askısı ………../ ……….. / 201……. tarihinde tarafıma teslim edilmiştir. İş bu tutanak tarafımızca tanzim edilmiş olup imza altına alınmıştır.

**Teslim Eden / İmza Teslim Alan / İmza**