|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SKS DEĞERLENDİRİCİSİ EĞİTİM PROGRAMI BAŞVURU FORMU** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **KİŞİSEL BİLGİLER** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Adı | | | | |  | | | | | | | | | | **Foto** |
| Soyadı | | | | |  | | | | | | | | | |
| Doğum Yeri/Tarihi | | | | |  | | | | | | | | | |
| Cep Tel No | | | | |  | | | | | | | | | |
| E-Posta | | | | |  | | | | | | | | | |
| İkamet İli | | | | |  | | | | | | | | | |
| Eğitim Durumu | | | | | □ | Lisans | □ | Yüksek Lisans | | | □ | Doktora | | □ | Tıpta Uzmanlık |
| Cinsiyeti | | | | | □ | Kadın | □ | Erkek | | | | | | | |
| Medeni Durum | | | | | □ | Evli | □ | Bekâr | | | | | | | |
| Askerlik Durumu | | | | | □ | Yaptı | □ | Yapmadı | | | □ | Muaf | | | |
| **İŞ BİLGİLERİ** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Kadro Unvanı | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Memuriyete Başlama Tarihi | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Halen Görev Yaptığı | | | | İl |  | | | | | | | | | | |
| Kurum |  | | | | | | | | | | |
| Birim |  | | | | | | | | | | |
| Kurumdaki Görevi | | | | |  | | | | | | | | | | |
| **ÖNCEKİ GÖREV YERLERİ** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Başlama Tarihi | Ayrılış Tarihi | | Kurum Adı | | | | | | | Birimi | | | Görevi | | |
|  |  | |  | | | | | | |  | | |  | | |
|  |  | |  | | | | | | |  | | |  | | |
|  |  | |  | | | | | | |  | | |  | | |
|  |  | |  | | | | | | |  | | |  | | |
| **EĞİTİM BİLGİLERİ** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mezuniyet/Tamamlama Yılı | | Okul/Kurum Adı | | | | | | | | Bölümü | | | | | |
|  | |  | | | | | | | |  | | | | | |
|  | |  | | | | | | | |  | | | | | |
|  | |  | | | | | | | |  | | | | | |
| **SAĞLIKTA KALİTE DEĞERLENDİRMELERİ TECRÜBESİ** | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sağlıkta Kalite Değerlendirmelerine Katılım Durumu | | | | | □ | Katıldım | | | | | | | | | |
| □ | Katılmadım | | | | | | | | | |
| \* Cevabınız olumlu ise aşağıdaki soruları cevaplayınız. | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sağlıkta Kalite Değerlendirmelerine Görev Pozisyonu | | | | | □ | Ekip Sorumlusu | | | □ | Değerlendirici | | □ | Değerlendirici Adayı | | |
| Değerlendirmeye Katıldığı Gün Sayısı | | | | | □ | 0-10 | | | | | | | | | |
| □ | 10-20 | | | | | | | | | |
| □ | 20 ve üzeri | | | | | | | | | |

Yukarıdaki bilgi formunu doğru olarak doldurduğumu beyan ediyorum.

…./…./2016

Ad Soyad