|  |
| --- |
| **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