**EK-1**

**MESAİ HARİCİ İŞYERİ HEKİMLİĞİ YAPMAK İSTEYEN HEKİMLERDEN İSTENECEK BELGELER:**

Mesai harici işyeri hekimliği yapmak isteyen hekimlerden istenecek belgeler.

1. Dilekçe **(Ek-3)**
2. Taahhütname **(Ek-4)**
3. Hizmet Sözleşmesi Yapılacak İşyeri Bilgi formu(İşyeri tarafından doldurulup, onaylanacak) **(Ek-5)**
4. Hekimin işyerinde işyeri hekimliği hizmetini vereceği günlük, haftalık, aylık çalışma süresini gösteren çalışma planı **(Ek-6)**
5. İşyeri hekimliği sertifikasının fotokopisi (önlü arkalı çekilerek vize yapıldı ise gözükmesi sağlanacak) -- 10’dan az çalışanı olan az tehlikeli işyerleri için aranmayacak. **(Ek-7)**
6. Aile hekimleri için TSM onaylı Aile Hekimliği Çalışma Saatleri Çizelgesi **(Ek-8)**

**NOT:** İşyeriyle sözleşme yapılmadan önce yukarıdaki belgelerle başvuru yapılacaktır.

**EK-3**

**…………………..…………... ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜNE**

**…………………….………… BİRİMİNE**

**…………………..…………... TOPLUM SAĞLIĞI MERKEZİNE**

**…………………………......... HALK SAĞLIĞI LABORATUVARINA**

**( Kütahya İl Sağlık Müdürlüğüne İletilmek Üzere)**

Kütahya İl Sağlık Müdürlüğüne bağlı ……………......’ında hekim olarak çalışmaktayım. 18.01.2014 tarih ve 28886 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanan 6514 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname İle Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun’un 21 inci maddesi ile 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı San’atlarının Tarzı İcrasına Dair Kanun’un 12 nci maddesinin 3 üncü fıkrasına “Kamu kurum ve kuruluşlarında çalışan ve yöneticilik görevi bulunmayan tabipler ile aile hekimleri, kurum ve kuruluşlarındaki çalışma saatleri dışında ve kurumlarının izniyle aylık otuz saati geçmemek üzere iş yeri hekimliği yapabilir” hükmü eklenmiş ve Sağlık Bakanlığı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu’nun 27.01.2014 tarih ve 2014.5715.13/010.06.01 sayılı “Mesai saatleri harici işyeri hekimliği” konulu 2014/1 Genelgesi yayımlanmıştır.

Söz konusu mevzuat hükümlerine göre işyerleri ile mesai saatleri haricinde ve tutulması gereken her türlü nöbet, esnek mesai saatleri ile çakışmamak üzere aylık 30 saati geçmemek şartı ile işyeri hekimliği yapabilmem için gerekli iznin verilmesi için gereğini arz ederim.

Dr. Adı Soyadı

İmza /Kaşe

**TAAHHÜTNAME EK-4**

*6331 sayılı (30.06.2012 tarih, 28339 sayılı Resmi Gazete) İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu ve 6514 sayılı (18.01.2014 tarih, 28886 sayılı Resmi Gazete) Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile Bazı Kanunlarda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanunun 12 nci maddesinin üçüncü fıkrasına göre yayımlanan 2014/1 sayılı ‘’Mesai Saatleri Harici İş yeri Hekimliği Genelgesi* ’’ne göre çalışma saatlerim dışında aylık 30 (otuz) saati geçmeyecek, mesai, esnek mesai ve tutmam gereken her türlü nöbet saatleri ile çakışmayacak şekilde İş yeri hekimliği yapmak istiyorum.

İbraz ettiğim bilgilerin doğru olduğunu, Müdürlükçe verilecek mesai saatleri harici işyeri hekimliği yapma onayını takiben işyeri ile İSG-KATİP sistemi üzerinden yapacağım sözleşmenin imzalı suretini, çalışma saatlerimde oluşabilecek değişiklik, iş değişikliği (aile hekimliğinden ayrılma, aile hekimliği biriminin değişmesi, idari göreve atanma vb.) ile yeni yapacağım sözleşmeleri veya sözleşme feshini 7 (yedi) iş günü içinde Müdürlüğe yazılı olarak ibraz edeceğimi, aksi veya benzeri bir durumun tespiti halinde işyeri hekimliği yapma iznimin iptal edileceğini; doğacak hukuki ve maddi sorumlulukları kabul edeceğimi beyan ve taahhüt ederim.

Başvuru Sahibinin

Adı Soyadı:

T.C. Kimlik No:

Sicil No:

Adres (fiilen çalıştığı kurum):

İş tel:

Cep tel:

Tarih ve İmza:

**EK-5 HİZMET SÖZLEŞMESİ YAPILACAK İŞYERİ BİLGİ FORMU**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1 | İşyeri Yetkilisinin Adı ve Soyadı | |  |
| 2 | İşyerinin Unvanı | |  |
| 3 | İşyerinin Adresi | |  |
| 4 | İşyerinin Tehlike Sınıfı (NACE Kodu) | |  |
| 5 | İşyerinin Telefon Numarası | |  |
| 6 | İşyerinin Web Adresi | |  |
| 7 | İşyerinin Çalışan Sayısı | |  |
| 8 | Mesai Saatleri/Vardiya Sistemi\* | |  |
| 9 | | İşyeri SGK Sicil No. |  |
| 10 | | İşyeri Hekimine Ödenecek Ücret Bilgisi |  |

ONAY

İşyeri Yetkilisinin :

Adı Soyadı:

Unvanı:

Tarih:

İmza:

\*İşyeri Açma ve Çalışma Belgesinde Belirtilen Çalışma Saatleri esas alınacaktır. İşyerinin çalışma saatleri Büyükşehir Belediyesi meclis kararlarına uygun olmalıdır.

|  |
| --- |
| 1 |

**EK-6**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **İŞYERİ HEKİMLİĞİ AYLIK ÇALIŞMA PLANI** | | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** |
| **İşyerinin Adı** | **İşyerinin Adı** | **İşyerinin Adı** | **İşyerinin Adı** | **İşyerinin Adı** |
|  |  |  |  |  |
| **1.Hafta** | |  |  |  |  |  |
| Pazartesi | **Saat** |  |  |  |  |  |
| Salı |  |  |  |  |  |
| Çarşamba |  |  |  |  |  |
| Perşembe |  |  |  |  |  |
| Cuma |  |  |  |  |  |
| Cumartesi |  |  |  |  |  |
| Pazar |  |  |  |  |  |
| **2.Hafta** | |  |  |  |  |  |
| Pazartesi | **Saat** |  |  |  |  |  |
| Salı |  |  |  |  |  |
| Çarşamba |  |  |  |  |  |
| Perşembe |  |  |  |  |  |
| Cuma |  |  |  |  |  |
| Cumartesi |  |  |  |  |  |
| Pazar |  |  |  |  |  |
| **3.Hafta** | |  |  |  |  |  |
| Pazartesi | **Saat** |  |  |  |  |  |
| Salı |  |  |  |  |  |
| Çarşamba |  |  |  |  |  |
| Perşembe |  |  |  |  |  |
| Cuma |  |  |  |  |  |
| Cumartesi |  |  |  |  |  |
| Pazar |  |  |  |  |  |
| **4.Hafta** | |  |  |  |  |  |
| Pazartesi | **Saat** |  |  |  |  |  |
| Salı |  |  |  |  |  |
| Çarşamba |  |  |  |  |  |
| Perşembe |  |  |  |  |  |
| Cuma |  |  |  |  |  |
| Cumartesi |  |  |  |  |  |
| Pazar |  |  |  |  |  |
| **Toplam Saat** | |  |  |  |  |  |
| **Aylık Toplam Çalışma Saati** | | …………………..Saat | | | | |
|
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | Hekim:. |  |  |  |
|  |  |  | Tarih/İmza |  |  |  |