**……. İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE**

Halen …. No.lu ASM … No.lu Aile Hekimliği Biriminde görevli sözleşmeli aile hekimiyim.

Coronavirüs (COVİD-19) bulguları oluşması sebebiyle …………. Hastanesine sevkim yapılmış olup gözlem altına alınmam uygun görülmüştür.

5258 sayılı Aile Hekimliği Kanunu 3/6’ncı maddesi “*Sözleşmeli olarak çalışmaya başlayanların, daha önce bağlı oldukları sosyal güvenlik kuruluşlarıyla ilişkileri aynı şekilde devam ettirilir. Ancak, her türlü prim, kesenek ve kurum karşılıkları bu fıkrada belirtilen ücretlerden kesilerek ilgili sosyal güvenlik kuruluşuna aktarılır. Bunlar önceki durumları çerçevesinde tedavi yardımlarından yararlanmaya devam ederler.*” hükmüne haizdir.

Maruz kaldığım iş kazası sebebiyle, tedavi ve gözlem altında kaldığım süre ve sonrasında bağlı olduğum sosyal güvenlik kurumu tarafından tanınan haklarımın temini maksadıyla, kurumun iş kazası hakkında bilgilendirilmesini, her türlü hukuki hakkım saklı kalmak kaydıyla, görevim başında bulunamadığım süre boyunca tarafıma yapılacak ücret ödemelerinin kesinti yapılmadan aşağıda belirttiğim İBAN numaralı hesaba yatırılmasını arz ve talep ediyorum. Tarih:

 **Dr. …………… ……………..**

 **Aile Hekimi**

TC kimlik numarası :

Sigorta Kurumu : (Emekli sandığı – SSK gibi)

Sigorta sicil numarası : (Kurum sicil numarası)

Doğum tarihi :

Göreve Başlama Tarihi :

Sigortalı başlangıç tarihi:

İş Kazası tanı, oluş şekli :

İşyerinin adresi :

Tel :

İBAN :