## Yardımcı ve İkinci Eczacılık için İstenen Belgeler:

**1**- Eczacıya ait T.C. kimlik numarası beyanı,(Nüfus Cüzdanı Fotokopisi)
**2-**Sağlık Bakanlığınca tescil edilmiş eczacılık diplomasının/ mezuniyet belgesinin il sağlık müdürlüğünce onaylı sureti, Okula giriş tarihi (gün.ay.yıl) mezuniyet belgesinin üzerine yazılacak.
**3-** Eczacılık yapmaya mâni mahkûmiyetin bulunmadığına dair yazılı beyanı,
**4-** Mesleki faaliyetleri içerir özgeçmiş, ıslak imza ile imzalanmış olmalıdır.
**5-**Mesleğini yapmayı engelleyecek bir hastalığı bulunmadığına dair sağlık raporu ( eczacılık mesleğini yapmasını engelleyecek bir hastalığı yoktur.)
**6**- Mesleğini yapmayı engelleyecek derecede iki gözünün görmekten mahrum olmadığına dair uzman hekim raporu ( eczacılık mesleğini yapmasında göz hastalıkları açısından sakınca yoktur ) ibarelerinin olması,
**7-** 2 adet vesikalık fotoğraf,
**8**- Eczacının meslekten men cezası bulunup bulunmadığı bilgisinin yer aldığı eczacı odası kayıt belgesi,
**9-** Eczane sahip ve mesul müdürünün yardımcı eczacı tayin dilekçesi,
**10-**Eczacının görev ve sorumlulukları kabul ettiğine dair dilekçe,
**11-**Eczacı daha önce başka bir işte çalışmışsa o işten ayrıldığını kanıtlayan belge.
**12-** SGK hizmet dökümünün veya Sosyal Güvenlik Kurumuna yapılan işe giriş bildirgeleri,

## Yardımcı Eczacı Ayrılışında İstenen Belgeler:

**1**- Eczane sahibinin yardımcı eczacıyı işten ayırdığına dair dilekçe
**2**-Eczacının işten ayrıldığına dair dilekçesi
**3-** SGK Hizmet Dökümü : SGK hizmet dökümünde eczacı unvanıyla çalışma bilgisi yer alan eczacıya ait işe başlangıç ve bitiş tarihlerinin kontrol edilerek müdürlük kayıtlarıyla uyumlu olan çalışma sürelerinin sisteme kaydedilmesi ve **toplamda bir (1) yıllık hizmet süresi dolan yardımcı eczacının yardımcı eczacılığını tamamladığına dair belge düzenlenir.**
**4-Kamuya ait hastane** eczaneleri ile askerlik hizmetini yaptığı hastane eczanelerinde çalıştığı süreyi gösterir ilgili kurumdan alacağı belge ve çalıştığı bu süreleri gösterir SGK hizmet dökümü belgesine istinaden; yardımcı eczacılık süresinin tamamlandığına dair resmi yazı, ilgili il ve ilçe sağlık müdürlüğünce düzenlenerek verilir.

# TEB II. BÖLGE ANKARA ECZACI ODASI'NA

Aşağıda belirtilen nedenler ile hakkımda kayıtlara geçmiş bir meslekten men cezasının olup olmadığı hususunda tarafıma yazı verilmesini talep ediyorum.

| *Lütfen talep nedenlerinizi aşağıdaki boş kısımda belirtiniz.* |
|---|
| |

Gerekli işlemlerin yapılmasını arz ederim.

| | |
|---|---|
| ECZACININ ADI/SOYADI | |
| İŞ VEYA İKAMETGÂH ADRESİ | |
| İLETİŞİM BİLGİLERİ | |
| İşbu dilekçede belirtilen kişisel ve iletişim bilgilerinin doğru olduğunu taahhüt eder, yapılan talebin yerine getirilebilmesi ve sorgu sonucunun tarafıma ulaştırılması adına belirtilen iletişim bilgilerinin işlenmesine, saklanmasına ve Türk Eczacılar Birliği ve bağlı odalarının yetkili mercileri ve Türkiye Cumhuriyeti'nin yetkili makamları ile paylaşılmasına 6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanununun 5. Madde hükmü gereği onay verdiğimi beyan ederim. | |
| TARİH | |
| İMZA | |

# TEB II. BÖLGE ANKARA ECZACI ODASI'NA

Aşağıda belirtilen merciye sunmak üzere tarafıma Oda Kayıt Belgesi verilmesini talep ediyorum.

Gerekli işlemlerin yapılmasını arz ederim.

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ECZACININ ADI/SOYADI | | | | |
| İŞ VEYA İKAMETGÂH ADRESİ | | | | |
| * Talep edilen belge dilinin İngilizce olması halinde lütfen belgenin verileceği mercinin resmi İngilizce unvanını belirtiniz. | | | | |
| BELGENİN VERİLECEĞİ MERCİ | | | | |
| BELGE DİLİ | TÜRKÇE | ☐ | İNGİLİZCE | ☐ |
| TARİH | | | | |
| İMZA | | | | |

# TEB II. BÖLGE ANKARA ECZACI ODASI'NA

Aşağıda bilgileri verilen eczacının belirtilen tarihten itibaren ..... Eczanesinde Yardımcı / İkinci Eczacı olarak görev almak istiyorum.

Gerekli işlemlerin yapılmasını arz ederim.

| | |
|---|---|
| **ECZACININ ADI / SOYADI** | |
| **ECZANE SAHİBİNİN ADI / SOYADI** | |
| **ECZANENİN ADI** | |
| **ECZACININ GÖREVE BAŞLAMA TARİHİ** | |
| **TARİH** | |
| **KAŞE VE İMZA** | |

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI
ANKARA
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

# ANKARA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
# YARDIMCI ECZACI ATAMA BAŞVURU DİLEKÇESİ

**..... İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE**

İlçeniz ..... adresine ..... adı altında faaliyet gösteren eczaneme Ecz. .....'yı yardımcı eczacı olarak atamak istiyorum.

Gereğini arz ederim.

Ecz. (Ad-Soyad/İmza).....

**Ek:**