HEKİM BİRLİĞİ, SAĞLIK VE SOSYAL HİZMETLER ÇALIŞANLARI SENDİKASI

AYDIN ŞUBE YÖNETİM KURULU BAŞKANLIĞI’ na

16.03.2024 – 24.03.2024 tarihleri arasında “Şube Oluşturma, Delege Seçim Yönetmeliği” hükümlerine göre yapılacak olan, Hekim Birliği, Sağlık ve Sosyal Hizmetler Çalışanları Sendikası’nın iş adresime göre ilgili Şubesinin Delegesi olabilmek için Seçimine, yönetmelik hükümlerinden okuyup haberdar olarak, katılmak için aday olmak istiyorum. Gerekli işlemlerin yapılmasını arz ederim.

|  |  |
| --- | --- |
| Üye Adı | : |
| Üye Soyadı | : |
| Tarih | : |
| İmza | : |

Bildirim ve İrtibat Bilgileri

|  |  |
| --- | --- |
| İş Adresi | : |
| Telefon Numarası | : |
| e-posta Adresi | : |

Not: Tarafıma yapılacak bildirimlerin iş adresi, telefon numarası ve e-posta adresimden birine yapılmasını peşinen kabul ediyorum. İrtibat ve bildirim için belirttiğim bilgiler dışında bildirim yapılmayacağını haberdar olarak kabul ediyorum. Telefonumun, e-posta adresimin ve/veya iş adresimin değişmesi durumunda delege aday listeleri kesinleşme tarihinden önce bildirmeyi taahhüt ederek, aksi takdirde dilekçemle ilgili alınacak kararları peşinen kabul ediyorum.

Not: Yukarıdaki bilgileri tam olarak doldurmadığım takdirde ve doğru olmadığının ilk inceleme ve sonradan tespiti durumunda aday başvuru dilekçemin kabul edilmeyeceğini, delege seçimleri kesin aday listesi açıklanmasından sonra dahi aday listesinden çıkarılma dâhil yapılacak tüm işlemleri kabul ediyorum.

\*Başvuru Kaydı Evrak Defteri tarih ve No:

\*Delege Seçimlerinden Katılacağı Seçim:

\*Başvuru Alan ve Kaydı Yapan Görevli Adı Soyadı ve İmzası:

(\*) İşaretli bölümler sendika/şube yetkilisince doldurulacak ve dilekçe dosyalanacaktır.