

**EK-3 EŞ DURUMU
BELGESİ**

(Mevzuatı uyarınca zorunlu yer değiştirmeye tabi tutulan bir görevde çalışan kamu personeli için)

SAĞLIK BAKANLIĞINA

Sayı:

.../...../2018

KURUMU	
T.C. KİMLİK NO	
ADI, SOYADI	
UNVANI	
GÖREV YAPTIĞI İL	

Yukarıda bilgileri bulunan kamu personeli olup kurumumuz bünyesinde zorunlu yer değiştirmeye tabi tutulan bir görevde çalışmaktadır.

Bu belge; adı geçenin Bakanlığınız bünyesinde sözleşmeli personel statüsünde çalıştığını beyan ettiği eşinin, 6/6/1978 tarihli ve 7/15754 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile yürürlüğe konulan Sözleşmeli Personel Çalıştırılmasına İlişkin Esasların ek 3 üncü maddesi hükümlerine göre eş durumu nedeniyle İller arası yer değişikliği talebinde bulunabilmesi amacıyla düzenlenerek, kurumumuzca onaylanmıştır.

Onaylayan*

Adı, Soyadı	
Unvanı	
İmza	
Mühür	

* Yetkili makam