

EK-2
EŞ DURUM BELGESİ

(İl'ler arası görev yeri değişikliği mümkün olmayan bir görevde çalışan kamu personeli için)

SAĞLIK BAKANLIĞINA

Sayı:

.../...../2019

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

Yukarıda bilgileri bulunan....., **kamu personeli olup kurumumuz bünyesinde il'ler arası görev yeri değişikliği mümkün olmayan 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 İl'ler arası yer değişikliği talebinde bulunabilmesi amacıyla düzenlenerek, kurumumuzca onaylanmıştır.**

Onaylayan*

Adı, Soyadı	
Unvanı	
İmza	
Mühür	

* Yetkili makam.