EK–2

EŞ DURUM BELGESİ

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

SAĞLIK BAKANLIĞINA

Sayı: ..../ /2016

|  |  |
| --- | --- |
| **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.*