

**EK-2**  
**EŞ DURUM BELGESİ**

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

**SAĞLIK BAKANLIĞINA**

Sayı:

.../...../2017

<b>KURUMU</b>	
<b>T.C. KİMLİK NO</b>	
<b>ADI, SOYADI</b>	
<b>UNVANI</b>	
<b>GÖREV YAPTIĞI İL</b>	

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\***

<b>Adı, Soyadı</b>	
<b>Unvanı</b>	
<b>İmza</b>	
<b>Mühür</b>	

\* Yetkili makam.