



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü

(EK-1)

SÖZLEŞMELİ (4/B) PERSONEL
GÖREVE BAŞLAMA İŞLEMLERİNE AİT FORM

ADI VE SOYADI	
T.C. KİMLİK NUMARASI	
ADRES BİLDİRİMİ	

Sözleşmeli Personel Çalıştırılmasına İlişkin Esasların ek 2 nci maddesi gereği unvanlı sözleşmeli (4/B) personel pozisyonuna yerleştirildim.

1- 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 4 üncü maddesinin (B) fıkrasındaki ve 48 inci maddesindeki, 663 sayılı Sağlık Alanında Bazı Düzenlemeler Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 45/A maddesindeki ve 6.6.1978 tarihli ve 7/15754 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile yürürlüğe konulan Sözleşmeli Personel Çalıştırılmasına İlişkin Esaslar'da bulunan **atamaya ilişkin şartları** taşıdığımı,

2- **15.10.2020** tarihi itibarıyla son bir yıl içinde kamu kurum ve kuruluşlarında 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 4 üncü maddesinin (B) fıkrasına göre sözleşmeli personel olarak çalışmadığımı, (*)

3- Görevimi devamlı yapmaya engel olabilecek akıl hastalığım bulunmadığına,

4- 657 sayılı Kanun'un 48/A-4 ve 48/A-5 maddelerinde belirtilen şekilde adli sicil kaydımın bulunmadığına,

5- Askerlikle ilişğim olmadığına, (*Erkek adaylar için*)

Dair yazılı beyanımın ve ilişikte sunduğum belgelerin kabul edilerek göreve başlama işlemlerimin yapılması için gereğini arz ederim. .../.../2022

() Sözleşmeli Personel Çalıştırılmasına İlişkin Esasların ek 1 inci maddesinin 4 üncü fıkrasındaki istisnalardan yararlanabilecek durumda olanların 2 nci madde kapsamında beyanda bulunmaları gerekmemektedir.*

Adı ve Soyadı
İmza

EKLER: