



**T.C.**  
**SAĞLIK BAKANLIĞI**  
**Yönetim Hizmetleri Genel Müdürlüğü**

(EK-2)

**4/B SÖZLEŞMELİ PERSONEL**  
**GÖREVE BAŞLAMA İŞLEMLERİNE AİT FORM**

<b>ADI VE SOYADI</b>	
<b>T.C. KİMLİK NUMARASI</b>	
<b>ADRES BİLDİRİMİ</b>	

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/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- 24.11.2022 tarihinden sonra 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. .../..../2023

(\*) *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:**