|  |  |
| --- | --- |
| **Adı Soyadı** |  |
| **T.C. Kimlik No / E-posta(saglik.gov.tr)** |  |
| **Unvanı/ Sicil No** |  |
| **Birimi/Kurumu** |  |
| **İşten Ayrılma Tarihi** | ……./……./20…… |
| **Ayrılma Sebebi** |  |
| **Daimi İkametgah Adresi, Telefonu** |  |
| **Tamamlanması Gereken Başlıklar** | **İlgili Birim/Kişi** | **Kurum Çalışanı****İsim/Soy İsim İmza** | **İşten Ayrılan Kişi****İsim/Soy İsim İmza** |
| **1** | **Yaptığı İş ve İşlemlerle İlgili Dokümantasyon ve Bilgilendirme Devri Yapıldı** | İlgili Birim Sorumlusu |  |  |
| **2** | **Zimmet Devri yapıldı. Üzerine kayıtlı taşınır mal bulunmamaktadır.** | Mali Hizmetler Birimi(Ambar)  |  |  |
| **3** | **Maaş ve diğer mali borcu yoktur.** | Mali Hizmetler Birimi(Mutemetlik) |  |  |
| **4** | **Kimlik kartını, Otopark kartı iade etti(varsa)** | Sağlık Bilgi Sistemleri Birimi |  |  |
|  **5** | **Etki Alanı, Ayrıcalıklı İnternet Erişim Kullanıcısı, Müdürlük Uygulamaları ve EBYS Hesaplarının pasif edildi/kapatıldı** | Sağlık Bilgi Sistemleri Birimi |  |  |
| **6** | **USS, ÖBS, KPS, HSYS ve Medula yetkileri pasif edildi/kapatıldı** | Sağlık Bilgi Sistemleri Birimi |  |  |
| **7** | **Eğitim Yazılımı Hesapları pasif edildi/kapatıldı** | Eğitimi Hizmetleri Birimi |  |  |

**Formun Teslim Tarihi: …… /….. / 20…….**

**Formu Teslim Alanın:**

**Adı Soyad:…………………………………...**

**İmza :….……………………………..….**