



T.C.
KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
AĞIZ DİŞ SAĞLIĞI UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

AYRILIŞ BELGESİ FORMU

Kod: KU.FR.05 Yayın Tarihi:5.05.2021 Revizyon No: Revizyon Tarih: S.N:1/1

ADI SOYADI		UNVANI	
T.C NO:		EMEKLİ SİCİL NO	
BÖLÜMÜ/ BİRİMİ		KURUM SİCİL NO	
GÖREVİ		GSM:	
SÜREKLİ İKAMETGAH ADRESİ		İŞE BAŞLAMA TARİHİ	
AYRILIŞ NEDENİ	NAKLEN () İSTİFA () ÜCRETSİZ İZİN () ASKERLİK () EMEKLİLİK () DİĞER (.....)		
GİDECEĞİ YER / KURUM			
İŞLEMİN YAPILACAĞI BİRİM	TAMAMLANMASI GEREKEN BAŞLIKLAR	EVET/HAYIR	KURUM ÇALIŞANI ADI SOYADI İMZA
BÖLÜM/BİRİM SORUMLUSU	TAKİP EDİLEN İŞLERİN DEVRİ		
BAŞHEKİMLİK SEKRETERLİĞİ	GÖREVDEN AYRILIŞ YAZISI VE TEBLİĞİ		
	REKTÖRLÜK BİRİMLERİNDEN İLİŞİK KESİLMESİ		
	PERSONEL LİSTESİNDEN SİLİNMESİ		
	EBYS İÇİN BİLGİ İŞLEME YAZI YAZILMASI		
	MEDULLA SİSTEMİNDEN KAYDININ SİLİNMESİ		
TAHAKKUK BİRİMİ	KİŞİ VE İCRA BORCUNUN SORGULANMASI		
ARŞİV	BELGE, DOKÜMAN DEVREDİLMESİ		
EĞİTİM BİRİMİ	KAYIT GÜNCELLEMESİ		
SATIN ALMA BİRİMİ	KAŞENİN TESLİM ALINMASI		

Sorumlu bulunduğum bütün doküman ve malzemeyi ilgili şahıslara teslim ve borçlarımı tasfiye ettiğimi beyan ederim.

(Ayrılan Personel)
Ad Soyad İmza
.../.../.....

Yukarıda açık kimliğiyle kendi beyanı bulunan personelin ve yukarıda imzaları bulunan makamların beyanına göre ilişkisi kesilmiştir.

BAŞHEKİMLİK
.../.../.....

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Başhemşire	Kalite Koordinatörü	Başhekim