



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

## İŞTEN AYRILMA FORMU

S.B.Ü  
GAZİ YAŞARGİL EĞİTİM VE  
ARAŞTIRMA HASTANESİ

Adı Soyadı			
Birimi			
Unvanı/ Yüklenici Firma			
İşten Ayrılma Tarihi	..... /..... /20.....		
Tamamlanması Gereken Başlıklar	İlgili Birim / Kişi	Kurum Çalışanı Adı/Soyadı İmza	İşten Ayrılan Kişi Tarih/İmza
Yaptığı İş ve İşlemlerle İlgili Dokümantasyon ve Bilgilendirme Devri Yapılması	Birim Sorumlusu		
ÇKYS Kullanıcı Hesabının Kapatılması	Bilgi İşlem ve İstatistik Birimi		
EBYS Kapatılması	Bilgi İşlem ve İstatistik Birimi		
Zimmet Devri	Taşınır Kayıt Birimi		
Kimlik - Giriş Kartının İade Edilmesi	Personel Birimi		

Formun Teslim Tarihi: ..... /..... / 20.....

<sup>1</sup> İlgili birim tarafından yapılan kontrollerde kişinin kapatılacak bir kaydı bulunmuyor ise kontrol edildiğine dair imza atılması gerekmektedir.