



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

## İŞE BAŞLAMA FORMU

S.B.Ü  
GAZİ YAŞARGİL EĞİTİM VE  
ARAŞTIRMA HASTANESİ

Adı Soyadı			
Birimi			
Unvan/ Yüklenici Firma			
İşe Başlama Tarihi	..... /..... / 20.....		
Tamamlanması Gereken Başlıklar	İlgili Birim / Kişi	Kurum Çalışanı Adı Soyadı / İmza	İşe Başlayan Kişi Tarih/İmza
Kimlik- Giriş Kartının Çıkarılması	Personel Birimi		
Oryantasyon Eğitimi	Eğitim Koordinasyon Birimi		
BGYS Farkındalık Eğitimi	BGYS Birimi		
Personel Gizlilik Sözleşmesi İmzalatılması	Birim Sorumlusu		

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