

T.C SAĞLIK BAKANLIĞI
BATMAN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ VE BAĞLI BİRİMLER
İŞTEN AYRILMA FORMU

Adı Soyadı			
Unvanı/ Yüklenici Firma			
Birimi			
İşten Ayrılma Tarihi/...../20.....		
Tamamlanması Gereken Başlıklar	İlgili Birim / Kişi	Kurum Çalışanı İsim/Soy İsim İmza	İşten Ayrılan Kişi İsim/Soy İsim İmza
Yaptığı İş ve İşlemlerle İlgili Dokümantasyon ve Bilgilendirme Devri Yapılması	Birim Sorumlusu		
e-Posta Hesabının Kapatılması ve İlgili e-Posta Gruplarından Çıkartılması (Danışman, Firma Personeli ve Emekli Olanlar İçin Hesap kapatılmalıdır.)	e-Posta Sorumlusu		
EBYS Kapatılması	EBYS ve e-İmza Sorumlusu		
Zimmet Devri	Taşınır Kayıt Birimi		
Kimlik - Giriş Kartının İade Edilmesi	Personel Birimi		
Tüm Ayrıcalıklı Erişimlerin Kapatılması(HBYS, İKYS, MKYS, ÇKYS, TSİM, İş Zekası, MBYS, ESYS, ASOS, ÖBS, Teletıp vb. tüm sistem yetkileri)	Birim Sorumlusu		

Formun Doldurulma Tarihi: /..... / 20.....

Not: İlgili birim tarafından yapılan kontrollerde kişinin kapatılacak bir kaydı bulunmuyor ise kontrol edildiğine dair imza atılması gerekmektedir.