

**SAĞLIK BAKANLIĞI ADINA GÖREVLENDİRİLEN PERSONEL İLİŞİK KESME BELGESİ**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **PERSONELİN** | **Adı Soyadı**  |  |
| **Unvanı** |  |
| **Kurum Sicil No** |  |
| **Görev Yeri** |  |
| **Kadro Yeri** |  |
| **Kalan Yıllık İzin Süresi** |  |
| **Kullanılan Rapor Süresi** |  |
| **Ayrılış Nedeni** |  |
| **Cep Telefon Numarası** |  |
| **İLİŞİĞİNİN BULUNMADIĞINI** **BİLDİREN** | **BİRİMİ** | **ADI SOYADI** | **İMZASI** | **İLİŞİK DURUMU****( Vardır/Yoktur)** |
| **Personel Daire Başkanlığı** |  |  |  |
| **Bilgi İşlem Daire Başkanlığı** |  |  |  |
| **Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı** |  |  |  |
| **Koruma ve Güvenlik Birimi** |  |  |  |
| **Hastane Taşınır Kayıt Yetkilisi** |  |  |  |
| **Döner Sermaye İşletme Müdürlüğü**  |  |  |  |
| **Hastane İdari Yöneticiliği** |  |  |  |

 **…/…/202..**

**BİRİM AMİRİ; Adı Soyadı**

**İmza / Mühür**