

**T.C.**  
**SAĞLIK BAKANLIĞI**  
**ARŞİV HİZMETLERİ FAALİYET RAPORU**  
**( 01/01/2019 – 31/12/2019 )**

**A.Genel Bilgiler**

1. Birimin Adı : .....
2. İli : .....
3. İlçesi : .....
4. Birimde dosyalama sistemi kullanılıyor mu?  
 EVET  HAYIR

**B. Birim Arşiv İşlemleri**

**1. Birim Arşivi'nde görevlendirilen sorumlu ve görevli personel sayısı, unvanı, eğitim durumu**  
(Kutu içersine rakamla belirtilecek) :

Personel sayısı ve unvanı; Sayısı  Unvanı .....   
Eğitim durumu; İlköğretim  Ortaöğretim   
Yükseköğretim  Üniversite

**2. Merkez/Birim Arşivi'nin Devlet Arşivi Hizmetleri Yönetmeliği'ne uygun oluşturulup oluşturulmadığı,**

Devlet Arşiv Hizm. Yönetmeliğine; UYGUN  UYGUN DEĞİL   
Koruma yükümlülükleri yerine getirilip getirilmediği? EVET  HAYIR

**3. Ünitelerde işlemi tamamlanan dosyaların, "Dosya Muhteviyatı Döküm Form"larının hazırlanarak Birim Arşivi'ne teslim edilip edilmediği? (Kutu içersine rakamla belirtilecek) :**

TESLİM EDEN  TESLİM ETMEYEN   
Dosya Muhteviyatı Döküm Form'u; VAR  YOK

**4. Yapılan ayıklama çalışmalarında arşiv malzemesi, arşivlik malzeme ve muhafazasına lüzum görülmeyen belgelerin ayırımında dikkate alınan kriterleri belirtiniz.**

- a. Yataklı Tedavi Kurumları Arşiv Yönergesi.
- b. Sağlık Bakanlığı Arşiv Malzemesi Tespit Çalışması.
- c. Diğer (Yukarıda belirtilenler dışında varsa yazılacaktır.)

.....



Var ise Devredilecek Arşiv Malzemesinin türü, adedi (klasör, dosya veya belge sayısı)

.....  
.....  
.....

**11. Devlet Arşivleri Başkanlığına devredilecek evrak ile ilgili "Devir-Teslim Envanter Formu" nun bir nüshasının Kurum Arşivi'ne gönderilip gönderilmediği,**

GÖNDERİLDİ

GÖNDERİLMEDİ

**12- Arşive devredilen klasörlerin sırtlıklarında Standart Dosya Planına uygun etiketin kullanılıp kullanılmadığı,**

KULLANILIYOR.

KULLANILMIYOR

**13- Müdürlüğünüz, yıl içindeki arşiv faaliyetleri ile ilgili bilgileri "Arşiv Hizmetleri Faaliyet Raporu" ile, müteakip takvim yılının Ocak ayında Bakanlığımıza gönderiyor mu?** (Alt birimler Sağlık İl Müdürlüklerine gönderecek, İl Müdürlükleri de gelen bilgilerin toplamını tek rapor halinde Bakanlığımıza gönderecek)

**13. İlave edilecek hususlar var mı?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

### **Faaliyet Raporunu Hazırlayan Yetkili**

Adı – Soyadı : .....

Unvanı : .....

İmza : .....

### **Tasdik Eden Üst Yönetici**

Adı – Soyadı : .....

Unvanı : .....

İmza : .....

(Tastik eden üst yönetici İl Sağlık Müdürü/Başkan)