



HİZMETE ÖZEL
SAKARYA İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
GÖREV DEĞİŞİKLİĞİ FORMU



T.C. Sağlık Bakanlığı
Sakarya İl Sağlık
Müdürlüğü

Kodu	Yayınlama Tarihi	Revizyon Tarihi	Revizyon No	Sayfa
BG.FR.54	12.10.2018	-	-	1 / 1

Birim Değişikliği Yapan Personelin Adı Soyadı			
Adı Soyadı			
İmzası		Eski	Yeni
Birimi			
Unvanı / Çalıştığı Firma			
Görev Yeri Değişiklik Tarihi/...../ 20.....		
Görev Yeri Değişiklik Gerekçeleri (*)			
Kişi ile İlgili Gerekçeler		İş ile İlgili Gerekçeler	
Sağlık problemleri		Mesleksel sağlık ve güvenlik açısından işe uygun olmama	
Eğitim durumunun değişmesi		Performans düşüklüğü	
Kişinin kendi iradesi ile görev/bölüm değişikliği		Kişinin bağlı olduğu yöneticinin talebi	
Başka birimde daha verimli çalışma olasılığı		Taşıdığı niteliklerle yaptığı işin uygunluk durumu	
İş yoğunluğu		İşgücünün verimli kullanılması	
Kullanıcı Hesaplarındaki Değişiklikler (**)		Adı Soyadı	İmzası
Kişinin eski görev yeri ile ilgili mail gruplarından çıkarılması			
EBYS kayıtlarının güncellenmesi / Gereği ve bilgi klasöründeki belgelerin dosyaya kaldırılması			
Birim içi kullanılan uygulamalardaki yetkilerin sonlandırılması(VPN, TFS, ÇKYS, Görev Takip Sistemi vb.)			
İş ile ilgili dokümanların birim sorumlusuna teslim edilmesi			
Yetkili Onayları		Adı Soyadı	İmzası
Daire Başkanı (Eski Görev Yeri)			
Daire Başkanı (Yeni Görev Yeri)			

Formun Personel Birimine Teslim Tarihi: / / 20.....

(*) Kişinin ilişik keseceği Daire Başkanı tarafından işaretlenir.

(**) Kişinin ilişik keseceği Birim Sorumlusu tarafından imzalanır.