|  |
| --- |
| **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** | **Tarih** |
| Kişinin eski görev yeri ile ilgili mail gruplarından çıkarılması / eski birimi tüzel e-posta yetkilerinin aldırılması |  |  |  |
| EBYS kayıtlarının güncellenmesi / Gereği ve bilgi klasöründeki belgelerin dosyaya kaldırılması |  |  |  |
| Birim içi kullanılan uygulamalardaki yetkilerinsonlandırılması (KDS, HSYS, Müdürlüğümüz uygulamaları vb.) |  |  |  |
| İş ile ilgili dokümanların birim sorumlusuna teslim edilmesi |  |  |  |
| **Yetkili Onayları** | **Adı Soyadı** | **İmzası** | **Tarih** |
| **Başkan/Başkan Yardımcısı (Eski Görev Yeri)** |  |  |  |
| **Başkan/Başkan Yardımcısı (Yeni Görev Yeri)** |  |  |  |

Formun İnsan Kaynakları Birimine Teslim Tarihi: …… / …… / 20……

**(\*)** Kişinin ilişik keseceği Başkan/Başkan Yardımcısı tarafından işaretlenir.

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