



## GÖREV DEĞİŞİKLİĞİ FORMU



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI  
ZONGULDAK  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

Kodu	Yayınlama Tarihi	Revizyon Tarihi	Revizyon No	Sayfa
				1 / 1

<b>Birim Değişikliği Yapan Personelin Adı Soyadı</b>			
Adı Soyadı			
İmzası		Eski	Yeni
Birimi			
Unvanı / Çalıştığı Firma			
Görev Yeri Değişiklik Tarihi			
...../...../20.....			
<b>Görev Yeri Değişiklik Gerekçeleri (*)</b>			
<b>Kişi ile İlgili Gerekçeler</b>		<b>İş ile İlgili Gerekçeler</b>	
Sağlık problemleri		Mesleki 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	
<b>Kullanıcı Hesaplarındaki Değişiklikler (**)</b>			
Adı Soyadı		İmzası	Tarih
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			
<b>Yetkili Onayları</b>			
Adı Soyadı		İmzası	Tarih
Başkan (Eski Görev Yeri)			
Başkan (Yeni Görev Yeri)			

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

(\*) Kişinin ilişik keseceği Başkan tarafından işaretlenir.

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