**Birimi: SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ**

|  |  |
| --- | --- |
| **Görevden Ayrılacak Personel Tarafından Doldurulacak Görev Devri Rapor Formu** | |
| Adı Soyadı |  |
| Unvanı |  |
| İfa Ettiği Görevi |  |
| Göreve Başlama Tarihi |  |
| Görevin Devir Sebebi | İzin  Emeklilik  İş Değişikliği  İş Yoğunluğu  İşten Ayrılma   |  | | --- | |  | |  | |  | |  | |  | |
| Görevin Niteliği | |  | | --- | |  | |  | |  | |  |   Mali  İdari  Eğitim  Diğer |
| Devredilen Görevdeki Yetkiler | |  | | --- | |  | |  | |  | |  |     İmza Yetkisi  Raporlama Yetkisi  Mali İşler Yetkisi  Diğer |
| Devredilen Görevle İlgili Son Hazırlanan Yazı/Evrak | Tarihi:  Konusu:  Gönderilen Bölüm:  Geldiği Bölüm: |
| Devredilen Görevle İlgili Karşılaşılan Sorunlar ve Öneriler |  |
| Devredilen Göreve İlişkin Evrak ve Eki Belgeleri |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sıra No** | **Gerçekleştirilen/ Devam Eden/ Planlanan Hizmet ve Faaliyetler** | **Açıklama** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **GÖREVİ DEVREDEN** | **GÖREVİ DEVRALAN** |
| Adı Soyadı  Unvanı  Tarih  İmza | Adı Soyadı  Unvanı  Tarih  İmza |

|  |
| --- |
| **ONAYLAYAN** |
| Adı Soyadı  Unvanı  Tarih  İmza |