



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

## GÖREV YERİ DEĞİŞİKLİK FORMU



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI  
KAYSERİ  
İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

### 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

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

Tarih

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