



İŞTEN AYRILMA FORMU

Adı, Soyadı	
Unvanı	
Birimi	
İşten Ayrılma Tarihi/...../20.....

Tamamlanması gereken Başlıklar	İlgili birim	Kurum çalışanı Adı-Soyadı/İmza	İşe Başlayan kişi Adı-Soyadı/İmza
Kimlik kartının iade edilmesi	İnsan Kaynakları Birimi		
EBYS Hesabının Pasif Yapılması	Bilgi İşlem Birimi		
SAĞLIK NET Hesabının Pasif Yapılması	Bilgi İşlem Birimi		
ÇKYS-TSİM Hesabının Pasif Yapılması	Bilgi İşlem Birimi		
Zimmet Devri	Ayniyat Birimi		