



BARTIN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ

GÖREV YERİ DEĞİŞİKLİK FORMU

DOK. NO: BG.FR.09

YAY. TRH: 08.02.2022

REV. TRH:

REV NO:

SAYFA S 1 / 1

Birim Değişikliği Yapan Personelin Adı Soyadı

Adı Soyadı			
İmzası		Eski	Yeni
Birimi			
Unvanı			
Görev Yeri Değişiklik Tarihi/...../ 20.....		

Görev Yeri Değişiklik Gerekçeleri (*)

Kişi ile İlgili Gerekçeler	İş ile İlgili Gerekçeler
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

Kullanıcı Hesaplarındaki Değişiklikler (**)

Adı Soyadı	İmzası	Tarih
Birim içi kullanılan uygulamalardaki yetkilerin sonlandırılması (VPN, TFS, ÇKYS, Görev Takip Sistemi vb.)		
İş ile ilgili dokümanların birim sorumlusuna teslim edilmesi		

Kullanıcı Hesaplarındaki Değişiklikler (***)

Adı Soyadı	İmzası	Tarih
Kişinin eski görev yeri ile ilgili mail gruplarından çıkarılması (e-Posta Birimi)		
EBYS kayıtlarının güncellenmesi / Gereği ve bilgi klasöründeki belgelerin dosyaya kaldırılması		
Veri tabanları hesaplarının kapatılması (Veri Tabanları Orta Katman Yönetimi Birimi)		
Sunuculardaki yetkilendirmelerin kapatılması (Sistem Yönetimi Birimi)		

Yetkili Onayları

Adı Soyadı	İmzası	Tarih
Sorumlu Başkanı (Eski Görev Yeri)		
Sorumlu Başkanı (Yeni Görev Yeri)		

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

Kişinin ilişik keseceği İlgili Başkan tarafından işaretlenir.

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

(***) Kişinin ilişik keseceği kullanıcı hesaplarını yöneten Birim Personeli tarafından imzalanır