|  |  |
| --- | --- |
|  | **SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ ANKARA ULUCANLAR GÖZ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ İŞTEN AYRILMA FORMU** |
| **Dök. Kodu** | **BY.FR .03** | **Yay.Tarihi** | **31.10.2018** | **Rev. No** | **00** | **Rev.Tarihi** |  |  **S.Sayısı**  | **1/1** |

|  |  |
| --- | --- |
| Adı Soyadı |  |
| Unvanı/ Yüklenici Firma |  |
| Birimi |  |
| İşten Ayrılma Tarihi | ……./……./20…… |
| **Tamamlanması Gereken Başlıklar** | **İlgili Birim / Kişi** | **Kurum Çalışanı****İsim/Soy İsim İmza** | **İşten Ayrılan Kişi****İsim/Soy İsim İmza** |
| Yaptığı İş ve İşlemlerle İlgili Dokümantasyon ve Bilgilendirme Devri Yapılması | Birim Sorumlusu |  |  |
| VPN Hesaplarının Kapatılması | Ağ Yönetimi Birimi  |  |  |
| Veri Tabanı Kullanıcı Hesabının Kapatılması | Veri Tabanları ve Orta Katman Yönetimi Birimi |  |  |
| e-Posta Hesabının Kapatılması ve İlgili e-Posta Gruplarından Çıkartılması (Danışman, Firma Personeli ve Emekli Olanlar İçin Hesap kapatılmalıdır.) | e-Posta Birimi |  |  |
| EBYS Kapatılması | EBYS ve e-İmza Birimi |  |  |
| Zimmet Devri | Taşınır Kayıt Birimi  |  |  |
| Kimlik - Giriş Kartının İade Edilmesi | Personel Birimi |  |  |

Formun Doldurulma Tarihi: …… /….. / 20……

Not: İlgili birim tarafından yapılan kontrollerde kişinin kapatılacak bir kaydı bulunmuyor ise kontrol edildiğine dair imza atılması gerekmektedir.