İLİŞİĞİ KESİLEN PERSONELİN

ADI SOYADI :

SİCİL NO :

T.C. KİMLİK NO :

GÖREV UNVANI :

AYRILIŞ NEDENİ :

AYRILIŞ TARİHİ :

KADRO YERİ :

Yukarıda kimliği yazılı bulunan personelin Dekanlığımızla ilişiği kesilecek olup, ilgilinin biriminizce ilişik kesmesinde sakınca olmadığına dair onayın bildirilmesini rica ederim.

 S.Sırrı ATAK

 Fakülte Sekreteri

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **BİRİM** | **ONAY** | **ONAY VEREN BİRİM YETKİLİSİNİN**  | **TARİH** | **İMZA** |
| **ADI SOYADI** |
| DÖNER SERMAYE VE TAHAKKUK BİRİMİ | İLİŞİĞİ VARDIRİLİŞİĞİ YOKTUR |  |  |  |
| TAŞINIR KAYIT VE KONTROL BİRİMİ | İLİŞİĞİ VARDIRİLİŞİĞİ YOKTUR |  |  |  |
| BİLGİ İŞLEM BİRİMİ | İLİŞİĞİ VARDIRİLİŞİĞİ YOKTUR |  |  |  |
| ÖĞRENCİ İŞLERİ BİRİMİ | İLİŞİĞİ VARDIRİLİŞİĞİ YOKTUR |  |  |  |
| PERSONEL ÖZLÜK VE YAZI İŞLERİ BİRİMİ | İLİŞİĞİ VARDIRİLİŞİĞİ YOKTUR |  |  |  |