



T.C. ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
AĞIZ, DİŞ ve ÇENE SAĞLIĞI EĞİTİM, UYGULAMA ve ARAŞTIRMA MERKEZİ
İLİŞİK KESME FORMU

Doküman Kodu: KDY01.FR.01.02

Yayın Tarihi:20.11.2019

Revizyon No: 00

RevizyonTarihi: 00

Sayfa No: 1/1

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 ilişkisi kesilecek olup, ilgilinin biriminizce ilişik kesmesinde sakınca olmadığına dair onayın bildirilmesini rica ederim.

S.Sırrı ATAĞ
Fakülte Sekreteri

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