**GEÇİCİ GÖREVLENDİRME FORMU**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Geçici görevlendirmeyi yapmak isteyen kurum | | | Sağlık Bilimleri Üniversitesi | |
| Personelin kadro veya pozisyonun bulunduğu kurum | | |  | |
| Görevlendirilecek  Personelin | T.C Kimlik No | |  | |
| Adı ve Soyadı | |  | |
| Kadro/pozisyon unvanı | |  | |
| Kadro/pozisyon statüsü | |  | |
| Geçici Görevlendirmenin | Gerekçesi | |  | |
| Başlangıç Tarihi | |  | |
| Bitiş Tarihi | |  | |
| Şekli | | Kurum Emrine: X  Yürütülecek Görev: | Kadro/Pozisyona  (K/P)  K/P statüsü**1:**  K/P statüsü**2:** |
| Yukarıda belirtilen tarihler arasında, belirtilen Kuruma geçici görevlendirmeyi kabul etmekteyim. | | | | |
| Prof. Dr. Kemalettin AYDIN  Rektör | | Personelin yukarıdaki şartlarda görevlendirilmesi uygun görülmüştür.  Yetkili İmzası | | |
| AÇIKLAMALAR  1-Personelin görevlendirileceği kadro veya pozisyonun statüsü (memur, sözleşmeli, işçi, akademik, askeri personel vb.) belirtilecektir.  2-Personelin görevlendirileceği kadro veya pozisyonun unvanı belirtilecektir.  3-Görevlendirme süresinin toplamda altı ayı geçmesi halinde personelin halihazırda bulunduğu kurumca doldurtulacaktır.  4-Geçici görevlendirmeyi yapmak isteyen kurumca doldurulacaktır.  5-Personelin kadro veya pozisyonun bulunduğu kurumca doldurulacaktır. | | NOTLAR  \*Bu form, geçici görevlendirmeyi yapmak isteyen kurumca 3 nüsha olarak doldurulacak ve bütün nüshalar personelin kadro veya pozisyonunun bulunduğu kuruma gönderilecektir.  \* 3 ve 5 numaralı alanlar dışındaki kısımların tamamının geçici görevlendirmeyi yapmak isteyen kurumca doldurulması zorunludur. Ancak, geçici görevlendirmenin uzatılması halinde 3 numaralı alanın “AÇIKLAMALAR” kısmındaki açıklamaya göre doldurtulacaktır. | | |