**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: XYürütülecek 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 AYDINRektör | Personelin yukarıdaki şartlarda görevlendirilmesi uygun görülmüştür. Yetkili İmzası |
| AÇIKLAMALAR1-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.  |