**EK-1**

GEÇİCİ GÖREVLENDİRME FORMU

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Geçici görevlendirmeyi yapmak isteyen kurum | | SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ | |
| Personelin kadro veya pozisyonunun 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: Yürütülecek görev: | Kadro/pozisyona (K/P) K/P statüsü**1**:  K/P unvanı**2**: |
| Yukarıda belirtilen tarihler arasında, belirtilen Kuruma geçici görevlendirilmeyi kabul etmekteyim.  Personelin imzası | | | |
| Yetkili imzası | | Personelin yukarıdaki şartlarda görevlendirilmesi uygun görülmüştür.  Yetkili imzası | |
| 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 hâlihazırda bulunduğu kurumca doldurtulacaktır. 4. Geçici görevlendirmeyi yapmak isteyen kurumca doldurulacaktır. 5. Personelin kadro veya pozisyonunun 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 dışında dışındaki kısımların tamamının geçici görevlendirmeyi yapmak isteyen kurumca doldurulması zorunludur. Ancak, geçici görevlendirmenin uzatılması halinde 3 numaralı alanın “AÇIKLAMALAR” kısmındaki açıklamaya göre doldurtulacaktır. | |