**AKADEMİK PERSONEL İLİŞİK KESME FORMU**

|  |
| --- |
| **İLİŞİĞİ KESİLECEK OLAN PERSONELİN** |
| Adı ve Soyadı |  |
| Unvanı |  |
| Çalıştığı Birimin Adı |  |
| Ayrılış Nedeni |  |
| İkametgâh Adresi  |  |
| Gittiği Kurumun Adı |  |
|  |  |
| **İLİŞİĞİ BULUNMADIĞINI BİLDİRENİN** | **ADI-SOYADI****UNVANI** | **İMZASI** | **TARİH** |
| Birim Amiri |  |  |  |
| Birim Ayniyat Saymanı/Taşınır Kayıt Yetkilisi |  |  |  |
| Rektörlük Ayniyat Saymanı |  |  |  |
| Birim Mali İşlemler Birimi *(Tıp, Diş Hekimliği, FARABİ)*Mali İşlemler Destek Birimi Personel Ödemeleri Şube Müdürü  |  |  |  |
| Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanı |  |  |  |
| Bilimsel Araştırma Projeleri Birimi Koordinatörü |  |  |  |
| Strateji Geliştirme Daire Başkanı |  |  |  |
| **AÇIKLAMA:** |

**\*** İmzalar tamamlandıktan sonra ilişik kesme belgesi ilgili personel tarafından çalıştığı birime verilecektir.

\*\* İlişik kesme belgesi personelin en son çalıştığı birim tarafından EBYS üzerinden İdari ve Mali İşler Daire Başkanlığı, Personel Daire Başkanlığı ve Bilgi İşlem Daire Başkanlığına gönderilecektir.

\*\*\* Hekim sigorta primlerinin takibi Farabi Hastanesi ve Diş Hekimliği Fakültesi tarafından yapılacaktır.

 İmza

 Adı ve Soyadı