**T.C.**

**KASTAMONU ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ**

**İLİŞİK KESME BELGESİ**

**İstifa-Yer Değiştirme (Nakil)-Emeklilik Nedeniyle Görevden Ayrılan Personel Ait İlişik Kesme Belgesi**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Adı ve Soyadı** | **Görev Unvanı** | **Görev Yeri** |
|  |  |  |
|   Üniversitemizden Emekli/Naklen Atama/İstifa/………………nedeniyle ilişiğimi kesmek ve üzerimde zimmet bulunmadığının bildirilmesini istiyorum. Gerekli işlemin yapılmasını saygılarımla arz ederim. **…/…./…** **ADRESİ: ADI SOYADI  İMZA** |
| **ADI GEÇENİN ÜZERİNDE ZİMMET YOKTUR.** |
| **İLİŞİK KESİLME BİRİMLERİ** | **ADI VE SOYADI** | **İMZA** |
| Genel Sekreterlik |  |  |
| Bilgi İşlem Daire Başkanlığı |  |  |
| Döner Sermaye İşletme Müdürlüğü |  |  |
| Hukuk Müşavirliği |  |  |
| İdari ve Mali İşler Daire Başkanlığı |  |  |
| Kütüphane ve Dokümantasyon Daire Başkanlığı |  |  |
| Öğrenci İşleri Daire Başkanlığı |  |  |
| Personel Daire Başkanlığı  |  |  |
| Sağlık Kültür ve Spor Daire Başkanlığı |  |  |
| Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı |  |  |
| Yapı İşleri Teknik Daire Başkanlığı |  |  |
| Taşınır Kontrol Yetkilisi (Bağlı Olduğu Birim) |  |  |
| \*Taşınır Kontrol Yetkilisi (Kastamonu Eğitim ve Araştırma Hastanesi) |  |  |
| Kart Okuyucu-Flash Disk (E- İmza için) |  |  |

\*Yalnızca Eğitim ve Araştırma Hastanesinde görev yapan personel için imzalanacaktır.

**Yukarıda ismi belirtilen kişinin kimliği teslim alınmış olup ilişiği kesilmiştir.**

 …/…/…

 (Dekan/Müdür/Genel Sekreter/Daire Başkanı/ Birim Amiri)

 **NOT**: **-**Yukarıdaki imzaları tamamladıktan sonra, bu belge Üst Yazı ile Personel Daire Başkanlığına gönderilecektir.

(KYS-FRM-072; Revizyon Tarihi: 03/01/2022; Revizyon No:00)