

GÖREV DEĞİŞİKLİĞİ BİLDİRİM FORMU

Adı Soyadı

Mevcut Görevi

Önerilen Görev

Bölümü

İşe Başlama Tarihi

Atama / Görev Değişikliği Talebinin Gerekçeleri

Onay

İşçi

Birim Müdürü

İnsan Kaynakları

Adı ve Soyadı:

Adı ve Soyadı:

Adı ve Soyadı:

Tarih:

Tarih:

Tarih:

İmza:

İmza:

İmza: