|  |
| --- |
| **İŞ TANIMI:**Üniversitemizde görevi sona eren kurum dışı çalışanın hesap iptal talebidir. |
| **İstek Yapan Birim / Adı Soyadı****(Fakülte ve Birim Yöneticileri)** |  |
| **İstek Tarihi** |  |
| **İptal Gerekçesi** |  |
| **Hesabı İptal Edilecek Kişiye Ait Bilgiler** |
| No | Adı Soyadı | T.C. Kimlik Numarası |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| **Konu İle Alakalı İletişime Geçilecek Kişinin** |
| **Adı Soyadı** |  |
| **Dahili Telefon Numarası** |  |
| **UYARILAR:**Yukarıda istenilen bilgilerin eksik olması durumunda istek iptal edilecektir.Bu form, resmi üst yazısı ile EBYS üzerinden gönderilmelidir. Farklı kanallardan form gönderildiğinde istek dikkate alınmayacaktır. |