|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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. | | | |