

PERSONEL ÇALIŞMA BELGESİ İPTAL DİLEKÇESİ

(İşitme Cihazı Merkezleri İçin)

Tarih:/....../20....

İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

Aşağıda ticari adı, adresi ve iletişim bilgileri belirtilen İşitme Cihazı Satış ve Uygulama Merkezimizde, “Personel Çalışma Belgelisi” düzenlenerek görev yapmakta olan T.C. Kimlik Numaralı/....../20.... tarihinde işten ayrılmıştır. Adı geçen personelin **işten ayrılış** işlemlerinin başlatılması hususunda;

Gereğini arz ederim.

Firmanın	Ticari Adı:		
	ÜTS Numarası (varsa):		
	Adresi:		
	İletişim Bilgileri:	Telefon:	E-posta:
		Web Sitesi:	

Sorumlu Müdür

Ad/Soyad/İmza

Ek:

1. Personel Çalışma Belgesi (Ayrılan Personele ait),

NOT:

1) Bu form; 24/09/2011 tarih ve 28064 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren “[İsmarlama Protez ve Ortez Merkezleri İle İşitme Cihazı Merkezleri Hakkında Yönetmelik](#)” esas alınarak hazırlanmıştır