	T.C. **İSTANBUL ÜNİVERSİTESİ** **ÇOCUK SAĞLIĞI ENSTİTÜSÜ** **PERSONEL ORYASTASYON** **EĞİTİM FORMU**	Doküman No : ÇSE-FR. 14 Yayın Tarihi: 10.03.2025 Revizyon No: Revizyon Tarihi: Sayfa No: 1 / 1

ADI ve SOYADI :
T.C. KİMLİK NUMARASI :
SİCİL NO :
UNVANI :
GÖREVİ :

Birimimizde göreve başlayan/görev yeri değişen yukarıdaki bilgileri verilen personel "Personel Oryantasyon Eğitimi"ni tamamlamıştır.

Tarih : Süreç Adı: Birim Sorumlusu (Adı ve Soyadı): İmza :
Tarih : Saat: ..... / Gün: ….. Süreç Adı: Birim Sorumlusu (Adı ve Soyadı): İmza :
Tarih : Saat: ..... / Gün: ….. Süreç Adı: Birim Sorumlusu (Adı ve Soyadı): İmza :
Tarih : Saat: ..... / Gün: ….. Süreç Adı: Birim Sorumlusu (Adı ve Soyadı): İmza :
Tarih : Saat: ..... / Gün: ….. Süreç Adı: Birim Sorumlusu (Adı ve Soyadı): İmza :

Adı geçen personelin ilgili süreçte görev yapması uygundur.

Süreç Sorumlusu/Birim Amiri