|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **PERSONEL DAİRE BAŞKANLIĞI** | **Açıklama** | Yeni Yayımlandı |
| **Doküman No:** |  |
| **Yayın Tarihi:** |  |
| **GÖREVDEN AYRILMA FORMU (EMEKLİLİK)** | **Revizyon No:** |  |
| **Revizyon Tarihi:** |  |

**… MAKAMINA/DEKANLIĞINA/MÜDÜRLÜĞÜNE/BAŞKANLIĞINA**

Aşağıda vermiş olduğum bilgiler doğrultusunda Emekliliğimi talep ediyorum.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tarih** | **:** | … / … / 20… |
| **Ad Soyad** | **:** |  |
| **İmza** | **:** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Lütfen Alanları Doldurunuz* | | | | |
| **T.C. Kimlik No** |  | | | |
| **Görevi / Unvanı** |  | | | |
| **Personel Sicil No** |  | | | |
| **Görev Yeri** |  | | | |
| **Emeklilik Türü** |  | ( )İstekle | ( ) Malül ( )Resen (Yaş Haddi) |  |
| **Emekliliğe Ayrılmak İstediği Tarih** | ………./………../………………. | | | |
| **Emeklilik Tarihinde Ayrılış Zamanı** |  |  |  |  |
| **Cep Telefonu** |  | | | |
| **E-Posta Adresi**  *(Kurumsal olmayan)* |  | | | |
| **Yazışma Adresi**  *(Görevden ayrıldıktan sonra size ulaşılabilecek yazışma adresiniz yazılmalı)* |  | | | |

**EK: …… (belgeler- 2 adet Vesikalık Fotoğraf, Kimlik Fotokopisi, malül ise sağlık kurulu raporu)**