

İSTANBUL İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
OPTİSYENLİK MÜESSESESİ MESUL MÜDÜR
AYRILIŞ DİLEKÇESİ

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

..... İLÇE SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

Aşağıda unvanı, adresi ve iletişim bilgileri belirtilen Optisyenlik Müessesemizde Mesul Müdür olarak görev yapan T.C. Kimlik Numaralı/...../20.... tarihinde işten ayrılmıştır. Adı geçen personelin işten ayrılış işlemlerinin başlatılması hususunda;
Gereğini arz ederim.

Optisyenlik Müessesesinin	Unvanı:		
	Adresi :		
	İletişim Bilgileri:	Telefon:	E-posta:

Müessese Sahibi
Ad/Soyad/İmza

EK:

1. Eski Ruhsatname (varsa Mesul Müdüre ait Personel Çalışma belgesi).

NOT:

1) Bu form; [5193 sayılı Optisyenlik Hakkında Kanun](#) ve 18/01/2014 tarih ve 28886 sayılı Resmi Gazete’de yayımlanarak yürürlüğe giren “[Optisyenlik Müesseseleri Hakkında Yönetmelik](#)” esas alınarak hazırlanmıştır.