**Tarih:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Geçici Görevlendirilen Çalışanın Adı ve Soyadı, T.C. No** |  |
| **Geçici Görevlendirme Yeri** |  |
| **Geçici Görevlendirme Nedeni** |  |
| **Geçici Görevlendirme**  **Başlangıç Tarihi** |  |
| **Geçici Görevlendirme**  **Bitiş Tarihi** |  |
| **Görevlendirilen Namına:** Yukarıda belirtilen tarihler arasındaki geçici görevlendirme talebini kabul ediyorum. Geçici görevlendirildiğim çalışma alanı içindeki tüm İş Sağlığı ve Güvenliği kurallarına uyacağımı beyan ederim.  **Görevlendiren Namına:** Yukarıda belirtilen tarihler arasında geçici görevlendirilen personelin, sigorta girişi şirketimiz bünyesinde olup geçici görev süresinde tüm sorumluluk şirketimize aittir, her türlü İş Sağlığı ve Güvenliği ile ilgili bilgiye sahip olup, ilgili kişisel koruyucu malzemelere sahip olduğunu ve yaşanacak herhangi bir iş kazasından dolayı sorumlu olduğumu beyan ederim.  **Geçici Görevlendirme Geçici Görevlendirme Geçici Görevlendirme Talebi**  **Yapılan Çalışan Yapan Yetkili Yapan Yetkili**  Adı ve Soyadı: Adı ve Soyadı: Adı ve Soyadı:  Tarih: Tarih: Tarih:  İmza: İmza: İmza: | |