

	<b>BELGELENDİRİLMİŞ KİŞİ GÖZETİM TAKİP FORMU</b>	Doküman No	<b>FR.29</b>
		Yürürlük Tarihi	01.06.2021
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	
		Sayfa No	1/2

**BELGE SAHİBİNE AİT KİŞİSEL BELGELER:**

Adı- Soyadı:	
T.C. Kimlik No:	
Telefon:	
E-Mail:	
Adres:	

**BELGEYE AİT BİLGİLER:**

Ulusal Yeterlilik Adı:	
Ulusal Yeterlilik Referans Kodu ve Seviyesi	
Ulusal Yeterlilik Revizyon Tarihi ve Numarası	
Belge No:	
Belge Yürürlük/ Düzenleme Tarihi:	
Belge Gözetim Tarihi:	
Belge Geçerlilik Tarihi:	

**BELGE SAHİBİNİN SON ÜÇ YILDA ÇALIŞTIĞI KURUMA/KURUMLARA AİT BİLGİLER:**

Kurum Adı/Adresi /Telefon	Çalışılan Görev	Giriş Tarihi	Çıkış Tarihi	Firma Kaşe Yetkili imza

Yukarıda belirttiğim bilgilerimi ve çalıştığım yer/yerler ile ilgili bilgilerin tam ve doğru olduğunu beyan ederim. Çalışma ve Performans rapor tarihine kadar sağlık durumumda mesleğimi yapmaya engel teşkil edecek geçici ve /veya kalıcı bir sağlık problemi yaşamadığımı beyan ve taahhüt ederim.

Adı- Soyadı:  
Tarih:  
İmza:

Belge Sahibi aşağıda belirtilmiş dokümanları Usta Belge Belgelendirilmiş Kişi Gözetim Takip Formu ile iletacaktır. Aksi halde belgesi askıya alınır.

- 1.Belge sahibine ait SGK hizmet dökümü
- 2.Çalıştığı kurumdan veya kurumlardan alınmış imzalı onaylı Çalışma ve Performans Değerlendirme Formu-Referans Yazısı

USTA BELGE TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR	
Merkezce Gözetim Yapıldığı Tarih:	Gözetim Kararını Veren (Belge Karar Verici) Onayı
Gözetim Takibinden Sorumlu Personel:	Yetkin <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Yekin Değil
Gözetim Sonucu Görüşü:	