Engelli Personel Refakatçi Atama Yazısı

[Kurum/Kuruluş Adı]

[Genel Müdürlük/Başkanlık/Müdürlük/Birim Adı]
Sayı: [Sayı/Evrak Kayıt Numarası]
Tarih: [Tarih]
Konu: Engelli Personele Refakatçi Atanması

[Muhatap Birim/Makam Adı]

İlgi: [Talep veya Onay Yazısının Tarihi ve Sayısı]

Görevlendirme Bilgileri

Engelli Personelin Adı Soyadı: [Ad Soyad]
Personel/Sicil Numarası: [Personel veya Sicil Numarası]
Görev Unvanı: [Görev Unvanı]
Görev Yaptığı Birim: [Birim Adı]
Refakatçi Olarak Görevlendirilen Kişinin Adı Soyadı: [Ad Soyad]
Personel/Sicil Numarası: [Personel veya Sicil Numarası]
Görev Unvanı ve Birimi: [Görev Unvanı ve Birim Adı]
Görevlendirme Yeri: [Görevlendirme Yeri]
Görevlendirme Süresi: [Başlangıç Tarihi] - [Bitiş Tarihi/Süresiz]
Çalışma Gün ve Saatleri: [Gün ve Saat Bilgisi]

Açıklamalar

İlgide kayıtlı [talep/onay/değerlendirme] doğrultusunda, kurumumuzda [Görev Unvanı] olarak görev yapan [Engelli Personelin Adı Soyadı] isimli personele çalışma ortamında ihtiyaç duyduğu desteğin sağlanması amacıyla [Refakatçinin Adı Soyadı], belirtilen süre ve koşullarda refakatçi olarak görevlendirilmiştir.

Görevlendirmenin amacı; ilgili personelin iş yerine ve kurum içindeki çalışma alanlarına erişiminin kolaylaştırılması, görevle bağlantılı günlük işlemlerinde ihtiyaç duyduğu desteğin sağlanması ve güvenli çalışma koşullarının sürdürülmesidir. Refakat desteğinin kapsamı [Refakat Desteğinin Kapsamı] ile sınırlıdır.

Refakatçinin Görev ve Sorumlulukları

- Engelli personelin kurum içindeki ulaşımına, çalışma alanlarına erişimine ve görevle ilgili işlemlerine belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde destek olmak.
- Desteği, engelli personelin bağımsızlığına, kişisel tercihlerine, mahremiyetine ve çalışma düzenine saygı göstererek yerine getirmek.
- Refakat sırasında öğrenilen kişisel, sağlıkla ilgili veya kurumsal bilgilerin gizliliğini korumak.
- Acil veya olağan dışı bir durumda [Sorumlu Yönetici/Birim] ile iletişime geçmek ve kurumun iş sağlığı ve güvenliği talimatlarına uygun hareket etmek.

• Engelli personelin asli görev, yetki ve sorumluluklarını devralmamak; yalnızca belirlenen destek faaliyetlerini yürütmek.

• Görevlendirmeyi etkileyen izin, rapor, görev değişikliği veya benzeri durumları gecikmeden [İlgili Birim Adı] birimine bildirmek.

Uygulama ve Takip

Görevlendirme, [Sorumlu Birim/Yönetici] tarafından takip edilecek; ihtiyaçların veya çalışma koşullarının değişmesi hâlinde kapsam ve süre yeniden değerlendirilecektir. Refakatçinin göreve devam edememesi durumunda gerekli düzenleme [Yetkili Birim] tarafından yapılacaktır.

Belirtilen refakatçi görevlendirmesinin [Başlangıç Tarihi] tarihi itibarıyla uygulanması ve ilgili birimlerce gerekli idari düzenlemelerin yapılması hususunda bilgilerinizi ve gereğini rica ederim.

Onay ve İmza

[Yetkili Ad Soyad]

[Unvan]

İmza: [İmza]

Tebliğ ve Teslim

Engelli Personel: [Ad Soyad] — Tebliğ Tarihi: [Tarih] — İmza: [İmza]

Görevlendirilen Refakatçi: [Ad Soyad] — Tebliğ Tarihi: [Tarih] — İmza: [İmza]

Dağıtım

• [Engelli Personelin Görev Yaptığı Birim]

• [Refakatçinin Görev Yaptığı Birim]

• [İnsan Kaynakları/Personel Birimi]

• [İş Sağlığı ve Güvenliği Birimi]

• [Personel Özlük Dosyası/Arşiv]