|  |  |
| --- | --- |
|  | **T.C.****KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**  **TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI** |

 ***İZİN İSTEYEN PERSONELİN:***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ADI SOYADI:  | :  |
|  | ÜNVANI: | :  |
|  | BİRİMİ: | :  |
|  | KURUM SİCİL NO: | :  |
|  | HİZMET YILI: | :  |
|  | MEVCUT İZNİ:  | :  |
|  | KAÇ GÜN İZİN İSTEDİĞİ:  | :  |
|  | TOPLAM KALAN İZNİ: | :  |
|  | İZİN KULLANACAĞI TARİHLER: | :  |
|  | İZİN TÜRÜ (Yıllık-Mazeret-Nöbet-Doğum-Ölüm) :  | ( ) |

**TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA**

201.. .. – 201… yılları senelik izin hakkıma mahsuben …………… tarihinden itibaren - - gün süre ile

( YILLIK ) izin verilmesini arz ederim.

İzin adresi - varsa telefon numarası : Adı Soyadı :

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . Tarih :

. . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . . İmza :

Tel : . . . . . . . . . . . . . . . .

**DEKANLIK MAKAMINA**

 Yukarıda adı, soyadı ve unvanı yazılı üniversitemiz personeline ……………. tarihinden itibaren - - gün süre ile izin verilmesini, bu süre içerisinde yerine ……………………………………. vekalet etmesini tensiplerinize arz ederim.

 . . . / . . . / ……. . . ./. . . /….. …/…/ ……

 Anabilim Dalı Başkanı Bölüm Başkanı Hastane Yöneticisi

 **O L U R**

 … /… ./ 2018

 **Prof.Dr. M. Cem ALGIN**

 **Dekan V.**