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

***İZİN İSTEYEN PERSONELİN:***

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

**TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA**

20.. – 20.. Yılları arası senelik iznime 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.

. . . / . . . / 20.. . . ./. . . /20.. …/…/ 20..

Anabilim Dalı Başkanı Bölüm Başkanı Hastane Yöneticisi

**O L U R**

… /… ./ 20..

**Dekan**