|  |  |
| --- | --- |
|  | **T.C.****KÜTAHYA SAĞLK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ** **KÜTAHYA** |

 ***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) :  | ( Yılık ) |

**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.

 Teklif Eden

 Fakülte Sekreteri

 **O L U R**

 … /… ./ 20..

 **Dekan**