**T. C.**

**KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ**

**Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı**

***İZİN İSTEYEN PERSONELİN :***

T.C. KİMLİK NUMARASI :

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) : Yıllık

**…………………….** **BÖLÜM BAŞKANLIĞINA**

20..... – 20.… yılları senelik izin hakkıma mahsuben …………… tarihinden itibaren - - gün süre ile ( YILLIK ) izin verilmesini arz ederim.

İzin adresi - varsa telefon numarası : Unvanı Adı Soyadı :

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

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

Tel :

**DEKANLIK MAKAMINA**

Yukarıda adı, soyadı ve ünvanı yazılı üniversitemiz personeline ……. gün süre ile izin verilmesini, bu süre içerisinde yerine ………………………………………..’in vekalet etmesini tensiplerinize arz ederim.

…../……./ 20…. ……/……./ 20….

………………………… ………………………

Anabilim Dalı Bşk. Bölüm Bşk.

OLUR

......./......../ 20….

Prof. Dr. Sultan GÜÇLÜ

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

Dekan V.