|  |
| --- |
| **İZİN TALEBİNDE BULUNAN AKADEMİK PERSONEL** |
| Form Doldurma Tarihi:  | Kimlik No:  |
| Adı – Soyadı:  | Dahili Tel. No:  |
| Unvan:  | İşe İlk Giriş Tarihi:  |
| Görevi:  |  |
| Görev Yeri:  |  |
| İzin Talebinin Gerekçesi:  |
| Talep Edilen İzin Süresi: ……………. tarihinden …………… tarihi de dahil (….. gün) |
| **Toplam İzin Gün Sayısı:**  | **Talep Edilen İzinden Sonra Kalan İzin Gün Sayısı:** |
| Talep Edilen İzin Tipi: |  [ ]  Yıllık İzin | [ ]  İdari İzin | [ ]  Süt İzni [ ]  Ücretsiz İzin |
|  [ ]  Saatlik İzin (………. saat) | [ ]  Mesleki Eğitim İzni | [ ]  Diğer …………………… |
| İzindeyken Bulunacağı Adres:  |
| Ev Tel. No: | Cep Tel. No: |
| Acil Durumda Aranılacak Kişinin Adı – Soyadı: |  |
| Tel. No:  | İmza: |
| Yerine Vekalet Edecek Personelin Adı Soyadı: |
| Vekalet Edecek Personelin İmzası: |

|  |
| --- |
| **ONAY** |
| **Bölüm Başkanı** |
| Adı – Soyadı:  |  |
| Tarih:  | İmza: |
| **Fakülte Dekanı** |  |
| Adı – Soyadı:  |  |
| Tarih:  | İmza: |
|  |  |
| **İnsan Kaynakları Bölümü**İnsan Kaynakları Birimi Tarafından Görülmüştür. | **Rektör Yardımcısı Onayı**İmza: |