|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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: |