**SİİRT ÜNİVERSİTESİ**

**Tıp Fakültesi Dekanlığı**

657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu hükümleri uyarınca **……/…../202..** tarihinden başlamak üzere aşağıda belirtilen süre içerisinde izin verilmesini müsaadelerinize arz ederim.

**…./…../202..**

**İmza**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Adı Soyadı | |  |
| Görevi | |  |
| Sicil Numarası | |  |
| İzin Kullanma Olur ve Tarih | |  |
| İzin Sebebi | |  |
| İzin Miktarı (Önceki Yıl ) | |  |
| İzin Miktarı (Mevcut Yıl ) | |  |
| Kullanmak İstediği İzin Miktarı | |  |
| İzine Başlayacağı Tarih | |  |
| İşe Başlayacağı Tarih | |  |
| \*İzni Geçireceği Adresler,Tarihler |  |  |
|  |
| Telefon Numarası | |  |
| İzinde Olduğu Süre İçinde Yerine Vekalet Edecek Kişi | |  |
| \*İzinde bulunduğu süre içerisinde hangi adreslerde, hangi tarihler arasında bulunabileceği sıra ile yazılacaktır. Arandığında belirlenen adreslerde bulunulmadığı taktirde yasal işlem yapılacaktır.  **İZİN DURUMU**  202..-202.. Yıllarından **…..** Gün İzni Vardır.  **…..** Gün İzin Kullandıktan Sonra***……*** Gün İzni Kalmaktadır.    Adı geçenin söz konusu izni kullanması hususunu arz ederim.      **Fakülte Sekreteri**  **OLUR**  **…../…../2021**  **Dekan** | | |

**SİİRT ÜNİVERSİTESİ**

**Tıp Fakültesi Dekanlığına**

Fakülteniz ………………. Tıp Bilimleri Bölümü ……………………………… Anabilim Dalında çalışmaktayım. ……………………………… tarihleri arasında ….(….) gün ………….. izin kullanmak istiyorum.

Gereğinin yapılmasını arz ederim.

**………………..…………..........**

**Dalı**

**…./…./20….**

**Adres: İmza**

**Tel. No:**

**EK: İZİN FORMU**

UYGUNDUR. UYGUNDUR.

**…………………………….. ……….…………………**

**Anabilim Dalı Başkanı Başhekim**

**…./…./20… …./…./20…**

**İmza İmza**