**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**