

**AKADEMİK PERSONEL İZİN FORMU**

ADI SOYADI :

SİCİL NO :

GÖREVİ :

İZNİN AİT OLDUĞU YIL :

İZİN BAŞLAMA TARİHİ :

İZİN BİTİŞ TARİHİ :

İZNE AYRILDIĞI SÜRE :

İZİNDEKİ ADRESİ :

İZİNDEKİ TELEFONU :

Yukarıda belirtilen tarihler arasında ……. (….) gün yıllık izne ayrılmak istiyorum. İzinde olduğum süreler içerisinde yerime …………………………………………………….. vekalet edecektir.

 Gereğini onaylarınıza arz ederim.

…/…/….

**Vekalet Eden** **İzin Kullanacak Personelin**

Adı ve Soyadı : Adı ve Soyadı :

İmza : İmza :

**Kontrol Edecek Enstitümüz Personel İşleri Sorumlusu**

201…. yılından ....... gün, 201…..yılından … gün senelik izni vardır.

Adı Soyadı :

İmzası :

Enstitümüz personelinin ………………… izne ayrılmasında bir sakınca yoktur.

Bilgilerinize arz ederim.

 **Mümin DELİGEZER**

 **Enstitü Sekreteri**

**UYGUNDUR**

**.../ … / 2017**

**Doç. Dr. Aslıhan TÜFEKCİ Müdür Yardımcısı**