



YÜKSEK İHTİSAS ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

AKADEMİK PERSONEL İZİN FORMU

AKADEMİK PERSONELİN

Adı Soyadı:	Ünvanı:	
Kurum Sicil No:	Birimi:	
Kullanacağı izin: YILLIK <input type="checkbox"/>	ÖZEL <input type="checkbox"/>	HASTALIK <input type="checkbox"/>
İzin Süresi: Yazıyla Gün	İzine Çıkış Tarihi:/...../.....
Rakamla Gün	İzinden Dönüş Tarihi: (Göreve Başlama)/...../.....
İzindeki Adres ve Telefon:	Kalan İzin Süresi: Yazıyla Gün	Rakamla Gün

**Yukarıda belirtilen tarihler arasında izin kullanmak istiyorum.
Gereğini saygılarımla arz ederim.**

...../...../.....

İmza:

Adı geçen in belirtilen tarihler arasında izinli sayılmasında sakınca bulunmamaktadır.

Bölüm Başkanı	Dekan
Ad Soyad:	Ad Soyad:
Tarih:	Tarih:
İmza:	İmza:

* İzin formları Dekan/Müdür onayından sonra Personel Dairesi Başkanlığına teslim edilecektir.

*22.5.2003 tarihli ve 4857 sayılı İş Kanununa, 03.03.2004 tarih ve 25391 sayılı Resmi Gazetede yayınlanarak yürürlüğe giren Yıllık Ücretli İzin Yönetmeliğine, dayanılarak hazırlanmış ve 31.10.2016 tarih ve 08 sayılı Senato Kararıyla yürürlüğe girmiştir.