



YÜKSEK İHTİSAS ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ

İDARİ PERSONEL İZİN FORMU

İDARİ PERSONELİN

Adı Soyadı:

Ünvanı:

Kurum Sicil No:

Görevi:

Kullanacağı izin:

YILLIK

ÖZEL

HASTALIK

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.

Fakülte Sekreteri

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.