|  |  |
| --- | --- |
| Birimi : **Sağlık Bilimleri Fakültesi** Fizyoterapi ve Rehabilitasyon Bölümü |  Kurum Sicil No:       |
| Adı Soyadı:      | İzin Başlama Tarihi      | İzin Bitiş Tarihi      | Göreve Başlama Tarihi      |
| Kadro Ünvanı :      Farklı ise Görev Ünvanı : İdari Görevi : [ ]  Yok [ ]  Var Anabilim Dalı Başkanlığı’na vekalet edecektir.Bölüm Başkanlığı’na vekalet edecektir. | İznin Ait Olduğu YılÖnceki yıl:     Cari yıl :      | Toplam İzin süresi     |
| Açıklama : [ ]  Yıllık İzin  [ ]  657 Sayılı Kanunun 104.maddesinin mazeret izni. Mazeret :       |
| İzindeki Adresi :      Tel. No :       | İstemde bulunanınİmzasıTarih:       |
| **Anabilim Dalı Başkanı Bölüm Başkanı** **Uygun Gören** | İzni OnaylayanAdı Soyadı : Ünvanı : İmzası Tarih : …… /…… ./…….... |
| Adı Soyadı : Ünvanı : İmzası  Tarih :                 | Adı Soyadı : Ünvanı : İmzası : Tarih :       |

Personel Birimi / Personel Daire Başkanlığı

Kontrol edilmiş ve sisteme işlenmiştir.

Kaşe /İmza

Not: 1. İzin veren birim talep edilen iznin kontrolünü yapar.

 2. Onaylanan izin personel otomasyonuna kaydedilir ve uygun olmayan izin ilgili birim ile personele bildirilir.

 3. Bu form 2547 ve 657 sayılı kanunlara tabi personel için düzenlenir.