



T.C.
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
EĞİTİM FAKÜLTESİ DEKANLIĞI



SAYI : 98725097-903.05-

KONU : İzin

Adı ve Soyadı		Ünvanı	
Kurum Sicil No.		Görev Yeri	EĞİTİM FAKÜLTESİ
T.C. No			
İzin Süresi		Yol İzni	
İzine Başladığı Tarih		İznin Bittiği Tarih	
Göreve Başladığı Tarih		İzin Nedeni	Yıllık izin
İzinde Bulunacağı Adres ve Tel. No			
İzin Hakkı			

Yukarıda belirtilen _____ tarihleri arasında ____ gün süreyle izinli sayılmam için gereğini arz ederim.

İzin Talep Eden Personelin

Adı ve Soyadı :

Unvanı :

Tarih :

İmza :

Adı geçenin _____ tarihleri arasında ____ gün süreyle yıllık izin izinli olarak ayrılmasında bir sakınca yoktur.

Bölüm Başkanının

Adı ve Soyadı :

Unvanı :

Tarih :

İmza :