



T.C.
Ondokuz Mayıs Üniversitesi
EĞİTİM FAKÜLTESİ DEKANLIĞI



Konu : Yıllık İzin

Adı ve Soyadı		Ünvanı	
Kurum Sicil Numarası		Görev Yeri	EĞİTİM FAKÜLTESİ
T.C. Kimlik Numarası		E-Posta Adresi	
İletişim Numarası		Toplam (Mevcut) İzni	
İzin Başlama Tarihi		Kullanılacak İzin Süresi	
İzin Bitiş Tarihi		Yol İzni	
Göreve Başlama Tarihi		İzin Türü	Yıllık izin
İzinde Bulunacağı Adres			

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

Vekalet Edecek Personelin

Adı ve Soyadı :
Unvanı :
Tarih :
İmza :

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 :