|  |  |
| --- | --- |
| **Sicil No** |  |
| **Unvanı** |  |
| **Adı Soyadı** |  |
| **İzin Türü** |  |
| **Talep Ettiği İzin Süresi** |  |
| **Hangi Yıla Ait Olduğu** |  |
| **İzninin Başlayacağı Tarih** |  |
| **Görevine Döneceği Tarih** |  |
| **İzinde Bulunacağı Adres** |  |
|  |
| **Tel: ……………………..** |
| İzine Ayrılmasında Sakınca Yoktur. Bölüm Başkanı İzinli Öğretim Elemanıİmza İmza |
| ….. /….. /20....U Y G U N D U RDekan/Müdür |