|  |  |
| --- | --- |
| **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 Elemanı  İmza İmza | |
| ….. /….. /20....  U Y G U N D U R  Dekan/Müdür | |