|  |  |
| --- | --- |
| P E R S O N E L İ N | |
| GÖREV YERİ | **Atatürk Sağlık Yüksekokulu** |
| **ADI VE SOYADI** |  |
| **UNVANI / KURUM SİCİL NUMARASI /T.C. NUMARASI** |  |
| **İZİN TÜRÜ** | **Zorunlu :**  **YILLIK MAZERET**  **Takdire Bağlı:** |
| **İZİN HAKKI** | **2019: 2020: TOPLAM:** |
| **KULLANILMAK İSTENEN İZİN SÜRESİ** | **YILLIK İZİN: MAZERET İZNİ:** |
| **MAZERET İZİNİ SEBEBİ\*** |  |
| **İZİN BAŞ. / BİTİŞ TARİHLERİ** |  |
| **İZİN DÖNÜŞÜ GÖREVE BAŞLAMA TARİHİ** |  |
| **İZİNİ GEÇİRECEĞİ ADRES** |  |
| **KALAN İZİN SÜRESİ** | **2019: 2020: TOPLAM:** |
| **İLGİLİ TARİHLERDE YUKARIDA ADIGEÇENİN GÖREV SORUMLULUĞUNU ALIYORUM** | **Adı ve Soyadı: İmza** |
| **Yukarıda belirtilen tarihlerde izinli sayılmam hususunda gereğini saygılarımla arz ederim.**  **Tarih:**  **İmza:**    **İlgilinin yukarıda belirtilen tarihlerde Yıllık/Mazeret izin kullanmasında sakınca bulunmamaktadır.**  **KAYITLARIMIZA UYGUNDUR BÖLÜM BAŞKANI BİRİM AMİRİ**  **PERSONEL İŞLERİ BİRİMİ UYGUNDUR ONAY**  Not: Mazeret izini taleplerinde; mazeret izini sebebi kısmının doldurulması zorunludur. | |