|  |
| --- |
| 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. |