

 TS EN ISO 9001:2015	T.C. İZMİR KÂTİP ÇELEBİ ÜNİVERSİTESİ Tıp Fakültesi	
	AKADEMİK PERSONEL İZİN FORMU	Dok. No:FR/230/02
		İlk Yayın Tar.: 04.10.2017
		Rev. No/Tar.:00.
		Sayfa 1 / 1

Adı Soyadı :	Kadro Unvanı :
Kurum Sicil No :	Görev Yeri :
T.C. No :	
İzin Süresi :	Yol İzni :
İzne Başladığı Tarih :	İznin Bitiş Tarihi :
İzin Nedeni : <input type="checkbox"/> Yıllık İzin <input type="checkbox"/> Mazeret İzni <input type="checkbox"/> Hastalık veya Refakat İzni	
İzinde Bulunacağı Adres ve Tel No :	
İzin Hakkı :	
VEKÂLET DURUMU	Yukarıda belirtilen süre içinde izinli sayılmam için gereğini arz ederim.
Vekâleti Gerektiren Görevlerde Vekâlet Edecek Personelin	
Adı Soyadı	Tarih: .../.../201...
Unvanı	İmza :
İmzası	

Adı geçenin .../.../201.. - .../.../201.. tarihleri arasında iznini kullanmasında sakınca yoktur.

(İzin verecek Anabilim Dalı Bşk.)	(İzin verecek Bölüm Bşk.)	(İzin verecek Hastane Yöneticisi)
Adı Soyadı :	Adı Soyadı :	Adı ve Soyadı :
Unvanı :	Unvanı :	Unvanı :
Tarih :	Tarih :	Tarih :
İmza	İmza	İmza

.../.../201...

(İzin verecek Dekan)