|  |  |
| --- | --- |
| Sicil No |  |
| Ünvanı |  |
| Adı Soyadı |  |
| İzin Türü |  |
| Talep Ettiği İzin Süresi |  |
| Hangi Yıla Ait Olduğu |  |
| İzninin Başlayacağı Tarih |  |
| Görevine Döneceği Tarih |  |
| İzinde Bulunacağı Yer |  |
| İzinli Öğretim Elemanın İmzası  …./…./20...  UYGUNDUR  **Prof. Dr. Ebru AYKAN**  **MYO Müdürü** | |
| Görevine Döndüğü Tarih:…/…./20… **Prof. Dr. Ebru AYKAN**  Öğretim Elemanın İmzası **MYO Müdürü**    …./…./20… | |

**T.C.**

**KAYSERİ ÜNİVERSİTESİ**

**İNCESU SAĞLIK HİZMETLERİ MESLEK YÜKSEKOKULU**

**AKADEMİK PERSONEL İZİN TALEP FORMU**