

**SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA**

Fakültenizin …………………………………………. Bölümünde görev yapmaktayım. ……/……/2024 - ………/………./2024 tarihleri arasında ……. gün yıllık izin kullanmak istiyorum.

 Bilgilerinize arz ederim.

 ………/…….2024

 İmza

**T.C. Kimlik No:**

**İznimi Geçireceğim Adres:**

**Yerime Vekalet Edecek Kimse**

**Adı ve Soyadı** **Tarih** **İmza**