**ADIYAMAN ÜNİVERSİTESİ**

 **Sağlık Bilimleri Fakültesi Dekanlığı**

**Gelen Evrak Sayı: Tarih: …/…/20…**

|  |
| --- |
| **Personelin**Sicil No : Ünvanı : Adı ve Soyadı : **Kullanılan**Cinsi **: a)** Yıllık ( ) **b)** Mazeret ( ) **c)** Ücretsiz ( ) **d)** Diğer ( )Süresi : Başlangıç Tarihi : Bitim Tarihi : Göreve Başlama Tarihi : Yukarıdaki bilgilerin doğruluğunu taahhüt ederim.  **(İmza)** |
| **SAĞLIK BİLİMLERİ FAKÜLTESİ DEKANLIĞINA** Yukarıdaki İzin Dönüş Formunda kullanmış olduğu izne ilişkin bilgileri yer alan Fakültemiz **İdari / Akademik** Personeli……………………………………….. …/…/20… tarihinde Fakültemizdeki görevine başlamıştır. Gereğini bilgilerinize arz ederim. …/…/.20… **………………………………………….** **Bölüm Başkanı/Fakülte Sekreteri** |