|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **T.C.** | | | | | | | | | | |
| **KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ** | | | | | | | | | | |
| **(……………………………………………….)** | | | | | | | | | | |
| **İZİN TALEP EDEN PERSONELİN :** | | | |  |  |  |  |  | |
| **Adı Soyadı** | |  | | | **Mazeret İzin Nevi** | | Doğum Öncesi/Sonrası Analık İzni | | |
| **Unvanı** | |  | | | **Rapor Tarih/Sayı(\*)** | |  | | |
| **Görevi** | |  | | | **İzin Süresi** | | **Sayı ile** | **Yazı ile** |  |
|  |  | Hafta |
| **Sicil No** | |  | | | **Başladığı Tarih** | |  | | |
| **Görev Yeri** | |  | | | **Bittiği Tarih**(İznin son günü) | |  | | |
| **Raporu Veren Kurumun Adı** | | | | |  | | | | |
| **Raporu Veren Kurumun SGK Sözleşmesi Olup Olmadığı** | | | | |  | | | | |
| Yukarıda belirtilen süre içinde  **doğum öncesi/sonrası analık izni** verilmesini müsaadelerinize arz ederim. | | | | | | | | | |
|  |  |  |  |  | **İzin Talep Edenin** | |  |  |  |
|  |  |  |  |  | Adı Soyadı : | |  |  |  |
|  |  |  |  |  | Unvanı : | |  |  |  |
|  |  |  |  |  | İmzası : | |  |  |  |
| **Birim Özlük İşleri Sorumlusu** | | | | | **İzin Vermeye Yetkili Amir** | | | | |
|  | | | | | (İlk Disiplin Amiri) | | | | |
|  | | | | |  | | | | |
| imza | | | | | imza | | | | |
| Adı Soyadı | | | | | Adı Soyadı | | | | |
| Unvanı | | | | | Unvanı | | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| (\*) Sağlık kurumunun verdiği rapor nüshası eklenecektir. | |  |  |  |  |
| (\*\*) Takvim üzerinde hafta olarak sayılacaktır. |  |  |  |  |  |
|  | | | | | |