|  |
| --- |
| **T.C.** |
| **KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ** |
| **(……………………………………………….)** |
| **İZİN TALEP EDEN PERSONELİN :** |  |  |  |  |  |
| **Adı Soyadı** |   | **Mazeret İzin Nevi** | Babalık İzni |
| **Unvanı** |   | **Rapor Tarih/Sayı(\*)** |   |
| **Görevi** |   | **İzin Süresi** | **Sayı ile** | **Yazı ile** |   |
| 10  | On | Gün |
| **Sicil No** |   | **Başladığı Tarih** |   |
| **Görev Yeri** |   | **Bittiği Tarih**(İznin son günü) |   |
| **Raporu Veren Kurumun Adı**  |  |
|   Yukarıda belirtilen süre içinde **babalık 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.