**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** |