

T.C.
ORDU ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ
Tıp Fakültesi Dekanlığı

................................................. Anabilim Dalı Başkanlığı

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Sayı | : | 90994112  |
| Konu | : |   |

DEKANLIK MAKAMINA

(Fakülte Sekreterliği)

Aşağıda izin bilgileri bulunan sicil no'lu ......................'nun belirtilen tarihlerde nöbet iznini kullanması uygun bulunmuştur.

 Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

|  |
| --- |
| **NÖBET İZİN FORMU** |
| **İzin Talep Edilen Nöbet Günleri** |  |
| **İzin Başlangıç Tarihi** | **İzin Bitiş Tarihi** | **İzin Süresi** | **İzin Adresi** |
|  |  | ........ | ........ |
| **Vekalet Edecek Personel** | **Adı Soyadı** |  |  |
| **Unvanı** |  |  |
| **Sicil No** |  |  |
| Talep ettiğim izin günlerine karşılık gelen sürelere ilişkin nöbet ücreti almadığımı beyan ederim. |

|  |
| --- |
| **ONAY** |
| **Not:**İmzacıları yazdırmak için imleci bu notun başına konumlandırınız.İmzaları yaz butonuna tıklayınız. |