

T.C.

SİVAS CUMHURİYET ÜNİVERSİTESİ

Suşehri Sağlık Yüksekokulu

**Akademik Personel İzin Talep Formu**

**Suşehri Sağlık Yüksekokulu Müdürlüğüne**

/ / 2025 tarihinden itibaren ( ) gün aşağıda belirtilen izni kullanmak istiyorum.

Gereğinin saygılarımla arz ederim.

/ / 2025

İmza

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Adı Soyadı |  | | Sicil No | | |  | | |
| Birimi | Suşehri Sağlık Yüksekokulu | | | | | | | |
| Görev/Unvanı |  | | | İzin Türü | | |  | |
| İzin Adresi |  | | | | | | | |
| Sürekli Adresi |  | | | | | | | |
| Telefon No | Ev |  | | | GSM | | |  |