

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 |  |