



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ

PERSONEL İZİN TALEP
FORMU



İZİN TALEBİNDE BULUNAN PERSONELİN

Form Doldurma Tarihi:	Kimlik No:
Adı – Soyadı:	Dahili Tel. No:
Görevi:	İşe İlk Giriş Tarihi:
Görev Yeri:	
İzin Talebinin Gerekçesi:	
Talep Edilen İzin Süresi: tarihinden..... tarihi de dahil (..... gün)	
Toplam İzin Gün Sayısı:	Talep Edilen İzinden Sonra Kalan İzin Gün Sayısı:
Talep Edilen İzin Tipi: ☐ Yıllık İzin ☐ İdari İzin ☐ Süt İzni ☐ Ücretsiz İzin	
☐ Saatlik İzin (☐ Mesleki Eğitim İzni ☐ Diğer	
İzindeyken Bulunacağı Adres:	
Ev Tel. No:	Cep Tel. No:
Acil Durumda Aranılacak Kişinin Adı – Soyadı:	İmza:
Tel. No:	
Yerine Vekalet Edecek Personelin Adı Soyadı:	
Vekalet Edecek Personelin İmzası:	

ONAY

Çalıştığı Bölüm Sorumlusunun / Yöneticisinin	
Adı – Soyadı:	İmza:
Tarih:	
Bağlı Olduğu Bölüm Sorumlusunun / Yöneticisinin	
Adı – Soyadı:	İmza:
Tarih:	
İnsan Kaynakları Birimi	Başhekim Onayı
İnsan Kaynakları Birimi Tarafından Görülmüştür.	(Tıbbi Kadroya bağlı personel için gereklidir.)
Adı – Soyadı:	Adı – Soyadı:
Tarih:	Tarih:
İmza:	İmza:

PERSONEL KOPYASI

İzin Talebinin Gerekçesi:	
Talep Edilen İzin Süresi: tarihinden..... tarihi de dahil (..... gün)	
İşe Döneceği Tarih:	Kalan İzin Gün sayısı:
Çalıştığı Bölüm Sorumlusunun/Yöneticisinin	
Adı - Soyadı:	İmza:
Tarih:	