



MARMARA ÜNİVERSİTESİ
İKTİSAT FAKÜLTESİ
DEKANLIĞI

SAĞLIK İZİN FORMU

PERSONELİN

Adı Soyadı :	Ünvanı :
Sicil Numarası :	Görev Yeri :
İzin Süresi :	Sağlık İzin Nedeni :
Başladığı Gün :	Bittiği Gün :
Raporu Veren Kurumun Adı :	
Yukarıda belirtilen süre içinde' a Sağlık İzni verilmesini arz ederim.	
	<u>Birim Yetkilisi :</u> Adı : Soyadı : Ünvanı: İmza :

Personel Şefi

Adı Soyadı :.....
İmza :.....
Tarih :.....

Fakülte Sekreteri

Adı Soyadı :.....
İmza :.....
Tarih :.....

OLUR

...../...../.....

Prof.Dr.Şahamet BÜLBÜL
Dekan