
 URARTU GÖZ	PERSONEL SAATLİK İZİN TALEP FORMU			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA/NO
İK.FR.02	01.01.2024	00	-	1/1

PERSONELİN			
Adı Soyadı:		Çalıştığı Bölüm:	
Görevi:		Bağlı Bulunduğu Birim:	
İzin süresine yerine vekalet edecek kişi			
Acil durumda ulaşılabilecek kişi/telefon no:			
İZİN BİLGİLERİ			
İzin Başlangıç Tarihi ve Saati/...../..... Saati:		
Bitiş Tarihi ve Saati/...../..... Saati:		
İzin geçirilecek Yer/Adres/Telefon			

ONAY				
Talep Eden	Bölüm Yöneticisi	Kurum Müdürü	Başhekim	İnsan Kaynakları

Yukarıda adı geçen Personelin..... İzin kullanması uygundur.