**… DEKANLIĞINA/MÜDÜRLÜĞÜNE/DİREKTÖRLÜĞÜNE**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANALIK İZNİ KULLANACAK KADIN PERSONELİN** | | | | |
| **T.C. Kimlik No** |  | | | |
| **Adı Soyadı** |  | | | |
| **Unvanı** |  | | | |
| **Analık (Doğum) İzni Türü** |  | Doğum Öncesi |  | Doğum Sonrası |

|  |  |
| --- | --- |
| **DOĞUM ÖNCESİ DOLDURULACAK KISIM** | |
| **İzin Süresi** *(Gün)* |  |
| **İzne Başlama Tarihi** |  |
| **İzin Bitiş Tarihi** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **DOĞUM SONRASI DOLDURULACAK KISIM** | |
| **Varsa Doğum Öncesinden Devreden İzin Süresi** *(Gün)* |  |
| **Doğum Sonrası İzin Süresi** *(Gün)* |  |
| **Kullanılacak Toplam İzin Süresi** *(Gün)* |  |
| **İzne Başlama Tarihi** |  |
| **İzin Bitiş Tarihi** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **VERİLEN ANALIK İZNİYLE İLGİLİ** | |
| **Doğum Raporunun**  **Tarihi / Sayısı** |  |
| **Doğum Raporunu Düzenleyen Sağlık Kurumu** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Analık İzninin Geçirileceği Adres** |  |

Yukarıda bilgileri verilen personelimize İş Kanunu gereği, yine yukarıda belirtilen tür ve sürelerde analık izni verilmesini olurlarınıza arz ederim.

|  |
| --- |
| … **/ … / 20..**  **İmza**  **Dekan/Müdür/Direktör Adı Soyadı Unvanı** |

**OLUR**

**… / … / 20..**

**İmza**

**Rektör Adı Soyadı**

**Unvanı**