**… 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**