…/…/20…

T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

(*…………………………. Fakültesi Dekanlığına*)

………… Dairesi Başkanlığında / Fakültesinde ………. olarak görev yapmaktayım. …/…/20… tarihinde 1. Derecede yakınımın vefat etmesinden dolayı, 7 (yedi) gün ölüm izni kullanmak istiyorum.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

 İmza

 Adı Soyadı

Ek: Ölüm Belgesi

Adres:

Tlf. No: