**MESAİ SONRASI ÇALIŞMA İÇİN HAFTALIK İZİN FORMU**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **T.C.**  **ORDU ÜNİVERSİTESİ**  **ZİRAAT FAKÜLTESİ DEKANLIĞI** | | | | | | | | | |
| Mesai sonrası çalışacak personelin | | | | | Çalışan birim personeli değilse birlikte çalışacağı Danışman | | | | |
| Ünvanı | |  | | |  | | | | |
| Adı Soyadı | |  | | |  | | | | |
| İmza | |  | | | | | | | |
|  | Pazartesi | | Salı | Çarşamba | | Perşembe | Cuma | Cumartesi | Pazar |
| Çalışma  Saatleri |  | |  |  | |  | 17:00-24:00 | 09:00-23:00 | 09:00-23:00 |
| Adı Soyadı: ………………..……………………. Adı Soyadı: İdris ŞILBIR  …………………………………Bölüm Başkanı Fakülte Sekreteri  Imza imza  …../…./2025 | | | | | | | | | |

**Not**: Formun 1 nüshası Dekanlık sekreterliğine teslim edilmelidir.

**MESAİ SONRASI ÇALIŞMA İÇİN HAFTALIK İZİN FORMU**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **T.C.**  **ORDU ÜNİVERSİTESİ**  **ZİRAAT FAKÜLTESİ DEKANLIĞI** | | | | | | | | |
| Mesai sonrası çalışacak personelin | | | | | Çalışan birim personeli değilse birlikte çalışacağı Danışman | | | |
| Ünvanı | |  | | |  | | | |
| Adı Soyadı | |  | | |  | | | |
| İmza | |  | | | | | | |
|  | Pazartesi | | Salı | Çarşamba | Perşembe | Cuma | Cumartesi | Pazar |
| Çalışma  Saatleri |  | |  |  |  | 17:00-24:00 | 09:00-23:00 | 09:00-23:00 |
| Adı Soyadı: ………………..……………………. Adı Soyadı: İdris ŞILBIR  …………………………………Bölüm Başkanı Fakülte Sekreteri  Imza imza  …../…./2025 | | | | | | | | |

**Not**: Formun 1 nüshası Dekanlık sekreterliğine teslim edilmelidir.