**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 |
| ÇalışmaSaatleri |  |  |  |  | 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 |
| ÇalışmaSaatleri |  |  |  |  | 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.