**… MAKAMINA/DEKANLIĞINA/MÜDÜRLÜĞÜNE/BAŞKANLIĞINA**

Doktor Öğretim Görevlisi görev sürem aşağıda belirtilen tarihte dolacaktır. Bu nedenle 2547 sayılı Yükseköğretim Kanununun 23. Maddesi ve Üniversitemizin Öğretim Üyeliğine Yükseltilme/Atama Başvuru ve Değerlendirme Yönergesinin 7. maddesinine göre yeniden atanmam hususunda,

Gereğini onaylarınıza arz ederim.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tarih** | **:** | … / … / 20… |
| **Ad Soyad** | **:** |  |
| **İmza** | **:** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| *(Lütfen tüm alanları doldurunuz.)* | |
| **T.C. Kimlik No** |  |
| **Görevi / Unvanı** |  |
| **Personel Sicil No** |  |
| **Görev Yeri** |  |
| **Görev Süresi Bitiş Tarihi** | ………./………../………………. |
| **Cep Telefonu** |  |
| **E-Posta Adresi**  *(Kurumsal olmayan)* |  |
| **Yazışma Adresi**  *(Görevden ayrıldıktan sonra size ulaşılabilecek yazışma adresiniz yazılmalı)* |  |

**EK: (………………………………………)**