**T.C.**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**

**…DEKANLIĞINA/MÜDÜRLÜĞÜNE/BAŞKANLIĞINA**

Dekanlığınız/Müdürlüğünüz/Başkanlığınız bünyesinde kurum Sicil Numarası ile ……………………………………… olarak görev yapmaktayım. ……………… tarihi itibariyle emekli olmak istiyorum;

 Gereğini arz ederim.

İmza

Adı Soyadı

. . ./. . ./. . . .

|  |  |
| --- | --- |
| T.C. KİMLİK NO  | :……………………..……………….……….  |
| EMELİ SİCİL NO  | :……………………..………………………..  |
| KADROSUNUN OLDUĞU BİRİM | :……………………..………………………..  |
| GÖREV YAPTIĞI BİRİM  | :……………………..………………………..  |
| ÜNVANI  | :…………………………..…………………..  |
| SİCİL NUMARASI  | :…………………………..…………………..  |
| İKAMETGAH ADRESİ  | :…………………………..…………………..  |
| İLETİŞİM BİLGİSİ  | :……………………………………………… |
| EMEKLİ AYLIĞINI ALMAK İSTEDİĞİM BANKA BİLGİLERİ  | Banka Adı:Şube Adı:IBAN / Hesap No : |