**T.C.**

**SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ**

**AKADEMİK TEŞVİK DÜZENLEME, DENETLEME VE İTİRAZ KOMİSYONU BAŞKANLIĞI’NA**

Başvurumun Akademik Teşvik Ödeneği Yönetmeliği hükümleri çerçevesinde yeniden değerlendirmesi hususunda gereğini arz ederim.

… /… /20..

Adı Soyadı, İmza

|  |  |
| --- | --- |
| **İTİRAZ EDEN AKADEMİK PERSONELİN** | |
| **Unvanı Adı Soyadı** |  |
| **Kadro** |  |
| **Kadro Birimi (Fakülte/Y.O/M.Y.O./SUAM)** |  |
| **Bölüm Program** |  |
| **İtirazın Gerekçesi** |  |

Not: İtiraz gerekçesine ilişkin kanıtlayıcı bilgi ve belgelerin sunulması zorunludur.