**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.