|  |  |
| --- | --- |
| **Rektorun dərkənarı** | **AZƏRBAYCAN TİBB UNİVERSİTETİ****REKTORUN ADINA ƏRİZƏ** |
| **KADRLAR ŞÖBƏSİNƏ** | **Tarix: ....../.........../ 20.....****İmza:** |
| **Rektor, professor Gəray Gəraybəyliyə****YAZIB SİZDƏN AŞAĞIDA MƏLUMATLARINI QEYD ETDİYİM BEYNƏLXALQ TƏDBİRDƏ İŞTİRAK ETMƏYİM ÜÇÜN İCAZƏ VERMƏYİNİZİ XAHİŞ EDİRƏM.** |
| **Ərizəçinin soyadı, adı, ata adı**: |  |
| **Tarix: ......./.........../ 20.....** | **İmza:**  |
| **İCAZƏ İSTƏYƏN ƏMƏKDAŞIN MƏLUMATI** |
| İşlədiyi kafedra və ya digər |  | Əlaqə telefonu |  |
| Vəzifəsi, elmi dərəcəsi (əgər varsa) |  | İcazənin başlandığı tarix |  |
| E-mail ünvanı |  | İcazənin bitdiyi tarix |  |
| **İŞTİRAK EDƏCƏYİ TƏDBİR HAQQINDA MƏLUMAT** |
| Tədbirin adı |  | Keçiriləcəyi ölkə/şəhər |  |
| Başlama – Bitmə tarixi  |  | Tədbirin web səhifəsi |  |
| **ƏVƏZ EDİLƏCƏK DƏRSLƏR** |
| **№** | **Əvəz edən əməkdaşın adı, soyadı və atasının adı** | **Vəzifəsi, elmi dərəcəsi, elmi adı** ***(əgər varsa)*** | **Əvəz edəcəyi dərsin tarixi / Saatı** | **Əvəz edəcək şəxsin imzası** | **Kafedra müdirinin tədris işləri üzrə müavinin imzası** |
| 1 |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |  |
| **İNZİBATİ VƏZİFƏSİNİN ADI** **(əgər varsa)** | **ƏVƏZ EDƏCƏK ŞƏXSİN ADI, SOYADI, VƏZİFƏSİ** | **İMZASI** |
|  |  |  |
| **TƏSDİQ/İMTİNA** |
| **Kafedra müdiri****Ad, soyad:** | **Razıyam****Tarix: ....../.........../ 20.....****İmza:** | **Razı deyiləm****Tarix: ....../.........../ 20.....****İmza:** |
| **Klinikanın direktoru** **Ad, soyad:** | **Razıyam****Tarix: ....../.........../ 20.....****İmza:** | **Razı deyiləm****Tarix: ....../.........../ 20.....****İmza:** |
| ***Qeyd: Kafedra müdiri və ya klinikanın direktoru razı olmadıqda, səbəbi Rektorun adına yazılı olaraq bildirilməlidir.*** |