|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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.*** | | | | | | | | | | | | | |