

**FAZLA MESAİ BİLDİRİM VE ONAY FORMU**

Ek-3

Birimin Adı	Dokuz Eylül Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (Hastane)
Alan Adı	
Tarih/...../.....

No	Personelin Adı Soyadı	Fazla Mesainin			Çalışma Nedeni	İ m z a
		Başlangıç Saati	Bitiş Saati	Süresi (saat)		
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						
11						
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
21						
22						
23						
24						
25						
26						
27						
28						
29						
30						
31						
32						
33						
34						
35						

Alan Sorumlusu Şefi	Birim Yöneticisi
Adı-Soyadı	Adı-Soyadı
İmza	İmza

Kontrol Edenin	Adı Soyadı	
	İmzası	

* Çalışanın bağlı bulunduğu üst yönetici tarafından onaylanacaktır.

Onaylayan *

Tarih / İmza