|  |
| --- |
| **AKADEMİK TEŞVİK DÜZENLEME, DENETLEME VE İTİRAZ KOMİSYONU BAŞKANLIĞINA** |
| **İTİRAZ EDEN AKADEMİK PERSONELİN** |
| **Adı Soyadı** |  |
| **Kadro Unvanı\*** |  |
| **Kadro Birimi**  |  |
| **Bölüm/ABD/Program** |  |
| **İtirazın Gerekçesi** |  |
| **Doçentlik Temel Alan\*\*** |  |

*(\*) Profesör, Doçent, Doktor Öğretim Üyesi, Araştırma Görevlisi veya Öğretim Görevlisi olarak belirtiniz.*

*(\*\*)Profesör ve Doçent kadrosunda bulunan personel ÜAK’dan doçentlik unvanı aldığı alanı, diğer akademik kadrodaki personel ise çalışma alanlarına uygun olan doçentlik alanını belirtmelidir.*

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

…../…../…

Unvanı. Adı-Soyadı

İmza