**T.C.**

**SELÇUK ÜNİVERSİTESİ**

**AKADEMİK TEŞVİK DÜZENLEME, DENETLEME VE İTİRAZ KOMİSYONU BAŞKANLIĞINA**

|  |  |
| --- | --- |
| **İTİRAZ EDEN AKADEMİK PERSONELİN** | |
| **Adı Soyadı** |  |
| **Kadro Unvanı** |  |
| **Kadro Birimi (Fakülte/Y.O./M.Y.O.)** |  |
| **Bölüm Program** |  |
| **İtirazın Gerekçesi** |  |
| **Doçentlik Temel Alan\*** |  |

\*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.

…../…../20..

Ünv.Adı-Soyadı

İmza

Not: İtiraz gerekçesine ilişkin kanıtlayıcı bilgi ve belgelerin sunulması zorunludur.