657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu hükümleri uyarınca …. / …. / 20… tarihinden başlamak üzere aşağıda belirtilen süre içerisinde …………………………………………… izin verilmesini müsaadelerinize arz ederim.

…. / …. / 20…

İmza

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Adı ve Soyadı** | | |  | |
| **Birimi** | | |  | |
| **Unvanı** | | |  | |
| **Sicil Numarası** | | |  | |
| **İzin Kullanma Olur Tarih ve Sayısı** | | |  | |
| **Talep Edilen İzin Süresi** | | |  | |
| **Bu Bölüm Personel Birimi Sorumlusu Tarafından Doldurulacaktır** | | | | |
| **İzin Türü** | | | **Aylıksız** | **Nedeni:** |
| **Kullanılabilir İzin Süresi** | | | .................. Yılından ………… Gün İzni Vardır  .................. Yılından ………… Gün İzni Vardır  .................. Yılından ………… Gün İzin Kullanmıştır  Toplam: ………… Gün İzni Kalmaktadır  *Personel Birimi Sorumlusu Paraf: ………………………* | |
| **İzin Başlama Tarihi** | | |  | |
| **Göreve Başlama Tarihi** | | |  | |
| **İletişim Bilgileri** | **İznin Geçirileceği**  **Adres ve Tarihler** | **Tarih**  …. / …. / 20… | **Adres** | |
| **Tarih**  …. / …. / 20… | **Adres** | |
| **Cep Telefonu** | | ( ) | |
| **E-Posta Adresi** | | ………………………………………………@tarim.gov.tr | |
| **İzin Sırasında Yerine “Vekalet Edecek” / “Görev Devri Yapılacak” Personelin Adı, Soyadı ve Unvanı** | | |  | |

**ÖNEMLİ:** Personelin iznini geçireceği adreslerde herhangi bir değişiklik olması halinde bu değişikliği ilgili birimine bildirmesi gerekmektedir.

|  |  |
| --- | --- |
| **İmza** | **OLUR** |
| **Adı, Soyadı** | …. / …. / 20… |
| **…………………….. ….** | **İmza** |
| …. / …. / 20… | **Adı, Soyadı** |
|  | **Unvanı** |