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** | | | **Yıllık** |  | | |
| **Mazeret** | **Nedeni:** | | |
| **Kullanılabilir İzin Süresi** | | | .................. Yılından ………… Gün İzni Vardır  .................. Yılından ………… Gün İzni Vardır  .................. Yılından ………… Gün İzin Kullandıktan Sonra  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 | | Unvanı | İmzası |
|  | |  |  |
| **Birim Sorumlusu** | | |  | |  |  |

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **İmza** | **Uygun görüşle arz ederim. OLUR** | | |
| …. / …. / 20… | …. / …. / 20… …. / …. / 20… | | |
| **İmza** | **İmza İmza** | | |
| **Adı, Soyadı** | | | **Adı, Soyadı Adı, Soyadı** |
| **…………………….. Şube Müdürü** | | **İl Müdür Yardımcısı İl Müdürü** | |