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 KullanmıştırToplam: ………… 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** |