657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu hükümleri uyarınca …./…./ 202.. tarihinden başlamak üzere ...… (…….…….) gün …………….……. izni verilmesini müsaadelerinize arz ederim.

…./…../202..

İmza

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ADI VE SOYADI** | |  | | |
| **BİRİMİ** | |  | | |
| **UNVANI** | |  | | |
| **SİCİL NUMARASI** | |  | | |
| **İZİN KULLANMA OLUR TARİH VE SAYISI** | |  | | |
| **MAZERET İZNİNİN NEDENİ** | |  | | |
| **Bu Bölüm Personel Birimi Sorumlusu Tarafından Doldurulacaktır.** | | | | |
| **Yıl İçinde Kullandığı Mazeret İzni** | | Personel Sorumlusu Paraf:…………… | | |
| **İzin Başlama Tarihi** | |  | | |
| **Göreve Başlama Tarihi** | |  | | |
| **İletişim Bilgileri** | **İznin Geçirileceği Adres** |  | | |
| **Cep Telefonu** |  | | |
| **E-Posta Adresi** | ……………………………………@tarimorman.gov.tr | | |
| **İzin Sırasında Yerine “Vekalet Edecek” / “Görev Devri Yapılacak” Personelin;** | | Adı Soyadı | Unvanı | İmzası |
|  |  |  |

.../…/202.. ………….. Şube Müd. : .. ……………….

.../…/202.. İMİ Şube Müd. :

………………………………

İl Müdür Yardımcısı

**O L U R**

…./…./202..

**……………………..**

**İl Müdürü**