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.. İMİ Şube Müd. :

 ………………………………

 İl Müdür Yardımcısı

**O L U R**

…./…./202..

**………………………….**

**İl Müdürü**