657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu hükümleri uyarınca …./…./20.. tarihinden başlamak üzere …....(............)gün yıllık izin verilmesini müsaadelerinize arz ederim.

…./…./ 20..

İmza

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ADI VE SOYADI** | |  | | |
| **BİRİMİ** | |  | | |
| **UNVANI** | |  | | |
| **SİCİL NUMARASI** | |  | | |
| **İZİN KULLANMA OLUR TARİH VE SAYISI** | |  | | |
| **Bu Bölüm Personel Birimi Sorumlusu Tarafından Doldurulacaktır.** | | | | |
| **Kullanılabilir İzin Süresi** | | 202.. - 202.. Yılından Toplam ………Gün İzni Vardır.  ………… Gün İzin Kullandıktan Sonra  Toplam: ………Gün İzni Kalmaktadır.  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 |
|  |  |  |

.../…/20.. İMİ Şube Müd. :

………………………

İl Müdür Yardımcısı

**O L U R**

…./…./20..

**…………………………….**

**İl Müdürü**