657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu hükümleri uyarınca 00.00.2017 tarihinden başlamak üzere aşağıda belirtilen süre içerisinde tarafıma yıllık izin verilmesini olurlarınıza arz ederim. … /…./ …

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 | X | | |
| Mazeret | Nedeni: | | |
| Kullanılabilir İzin Süresi | | | ….. Yılından … Gün İzni Vardır.  …. Yılından ………… Gün İzni Vardır.  .................. Yılından ………… Gün İzin Kullandıktan Sonra  Toplam: ………… Gün İzni Kalmaktadır.  Personel 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 Personelin; | | | Adı Soyadı | | Unvanı | İmzası |
|  | |  |  |

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

O L U R

…./…../…….

Birim Adı Soyadı/İmzası

Not: Bu Form EBYS’de tanımlandığı şekilde kullanılacaktır. Islak imzalı olarak kullanılmayacaktır.