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.

|  |  |
| --- | --- |
| **HAZIRLAYAN**  Kalite Yönetim Ekibi | **ONAYLAYAN**  Kalite Yönetim Temsilcisi |
|  |  |