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 SonraToplam: ………… 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 |
|  |  |