**Sayı :** 82418910/903.05/... **…./…./2017**

**Konu :** ......

|  |  |
| --- | --- |
| Adı ve Soyadı |  |
| Hizmet Sınıfı |  |
| Görevi ve Yeri |  |
| Kurum Sicil No |  |
| T.C. Kimlik No |  |
|  |
| Mazeret İzni | ….. Gün |
| Yıllık İzin | ….. Gün |
| Aylıksız İzin | ….. Gün |
| Hastalık İzni | ….. Gün |
| Diğer İzinler | ….. Gün |
| Yol Süresi | ….. Gün |
|  |
| İzne Ayrıldığı Tarih |  |
| Göreve Başlama Tarihi |  |
| İzne Esas Hizmet Süresi |  |
| İznin Geçirileceği Adres ve Telefon |  |
|  |
|   Yukarıda belirtilen nedene bağlı olarak …( ) gün izinli sayılmamı ve Okul Müdürlüğüne Müdür Yardımcısı……………................................................................'ın vekalet etmesi hususunu bilgilerinize arz ederim. ..../..../2017 Adı -Soyadı Görevi |
| **ONAYLAYAN AMİRİN****ADI SOYADI****GÖREVİ** | ...../....../2017**İslam SARI****İlçe Milli Eğitim Müdürü** |