|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **PERSONEL DAİRE BAŞKANLIĞI** | **Açıklama** | Yeni Yayımlandı |
| **Doküman No:** |  |
| **Yayın Tarihi:** |  |
| **DOĞUM SONRASI SÜT İZNİ TALEP DİLEKÇESİ FORMU** | **Revizyon No:** |  |
| **Revizyon Tarihi:** |  |

 **..,… MAKAMINA/DEKANLIĞINA/MÜDÜRLÜĞÜNE/BAŞKANLIĞINA**

 …/…/… tarihinde doğum yaptım. ***657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 104 üncü maddesinin (A) fıkrasında*** belirtilen analık izin sürelerinin bitiminden itibaren çocuğumu (çocuklarımı) emzirmek için, söz konusu ***104 üncü maddenin (D) fıkrası*** uyarınca ilk altı ayda günde üç saat ve ikinci altı ayda günde bir buçuk saat olmak üzere süt izni kullanmak istiyorum.

 Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Tarih** | **:** | … / … / 20… |
| **Ad Soyad** | **:** |  |
| **İmza** | **:** |  |

|  |
| --- |
| *(Lütfen tüm alanları doldurunuz.)* |
| **Kurum Sicil Numarası** |  |
| **İkametgâh Adresi** |  |
| **İznin Geçirileceği Adres**  |  |
| **Cep Telefonu** |  |
| **İlk Altı Ay İçin İzin****Başlama ve Bitiş Tarihi** | … / … / 20… - … / … / 20… |
| **İlk Altı Ayda Kullanılmak İstenen Saat Aralığı** |  |
| **İkinci Altı Ay İçin İzin****Başlama ve Bitiş Tarihi** | … / … / 20… - … / … / 20… |
| **İkinci Altı Ayda Kullanılmak İstenen Saat Aralığı** |  |

Adı geçen personelin yukarıda beyan etmiş olduğu bilgiler doğrultusunda yasal iznini kullanmasında sakınca bulunmamaktadır.

|  |
| --- |
| **… / … /20…****İmza****Birim Amiri (Dekan, Bölüm Başkanı)** |