|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **PERSONEL DAİRE BAŞKANLIĞI** | **Açıklama** | Yeni Yayımlandı |
| **Doküman No:** |  |
| **Yayın Tarihi:** |  |
| **AYLIKSIZ İZİNDEN DÖNÜŞ TALEP FORMU** | **Revizyon No:** |  |
| **Revizyon Tarihi:** |  |

**… MAKAMINA/DEKANLIĞINA/MÜDÜRLÜĞÜNE/BAŞKANLIĞINA**

657 sayılı Devlet Memurları Kanunun 108/….. maddesi uyarınca aşağıda vermiş olduğum bilgiler doğrultusunda aylıksız iznimi bitirip göreve başlamayı talep ediyorum.

Bilgilerinizi ve gereğini arz ederim.

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

|  |
| --- |
| *(Lütfen tüm alanları doldurunuz.)* |
| **T.C. Kimlik No** |  |
| **Görevi / Unvanı** |  |
| **Görev Birimi**  |  |
| **Kadro Birimi** |  |
| **Aylıksız İzin Türü** | Askerlik ( ), Doğum Sonrası ( ), Sağlık Kurulu ( ), 108. Maddenin E Bendi Gereği ( ) |
| **Göreve Başlayış Tarihi** |  |
| **Cep Telefonu** |  |
| **E-Posta Adresi** |  |
| **Adres:** *(Aylıksız izinde bulunacağınız yazışma adresiniz yazılacak)* |  |

**EK:** ………… (Belge, Askerlik Terhis Belgesi vs)