

..... İL/İLÇE  
..... [İL] İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜNE

Konu: Ücretsiz izin talebi

Kurumunuz bünyesinde [unvan: hemşire/ebe/sağlık memuru/diğer] olarak görev yapmaktayım. [sağlık/ailevi nedenler/eğitim/ikamet değişikliği/diğer] gerekçesiyle, [..../..../20....] tarihinden başlamak üzere [\_\_\_] gün/ay süreyle ücretsiz izin kullanmak istiyorum.

657 sayılı Devlet Memurları Kanunu ve Sağlık Bakanlığı izin uygulamalarına ilişkin ilgili mevzuat kapsamında ücretsiz izin talebimin değerlendirilerek uygun görülmesi hâlinde onaylanmasını; uygun görülmemesi hâlinde ise gerekçeli olarak tarafıma bildirilmesini arz ederim.

Gereğini arz ederim.

....., .... / .... / 20....

[Başvuran Personel]

Adı Soyadı : \_\_\_\_\_

T.C. Kimlik No : \_\_\_\_\_

Sicil No / Personel No : \_\_\_\_\_

Görev Yeri : \_\_\_\_\_

Unvan : \_\_\_\_\_

Adres : \_\_\_\_\_

Telefon : \_\_\_\_\_

E-posta : \_\_\_\_\_

İmza

Ekler:

- 1) (Varsa) Ücretsiz izin gerekçesine ilişkin belge/dilekçe eki
- 2) (Varsa) Sağlık raporu / durum bildirir belge
- 3) (Varsa) Eğitim belgesi / kayıt belgesi
- 4) (Varsa) Diğer destekleyici belgeler