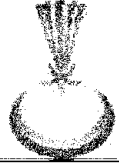




JANDARMA PERSONELİ
İZİN BELGESİ



PERSONEL BİLGİLERİ	Adı Soyadı	
	Rütbesi / Sicil No	
	Birliği	

İZİN BİLGİLERİ	Kullanılmayan gün izni bulunmaktadır. (*)	Kayıtlara Uygundur.
	İzin Türü	
	İzin Süresi	Gün (Yol Dahil/Hariç)
	Ayrılış Tarihi	
	Katılış Tarihi	
	İzni Geçireceği Adres/Adresler ve Telefon Numarası	

ONAY MAKAMI	Tarih	
	İmza	
	Adı ve Soyadı	
	Unvanı/Rütbesi	
	Görevi	

Atletizm ve spor müsabakalarında katılıma seçilmiş, maddi ve hususî bir izni gerektirmeyen dilerim.

(*) Yıllık ve yıllık mazeret izni ayrı ayrı belirtilir.

İZİN BELGESİ ARKA YÜZÜ
TALİMAT (*)

1. Özel araç ile yolculuk yapacaksınız; yola çıkmadan önce aracınızın bakımını yaptırınız, gece ve yorgun araç kullanmayınız.
2. Emniyet kemerinizi takınız ve sizinle birlikte seyahat eden kişilerin de takmasını sağlayınız. Emniyet kemeri sizi ve yakınlarınızı hayata bağlar.
3. Hız limitlerine riayet ediniz. Hayattan HIZ'la uzaklaşmayınız.
4. Trafik kuralları sizi korkutmak için değil korumak içindir.
5. Özellikle dönüş yolundayken hava, yol vb. sebeplerden dolayı yaşayabileceğiniz gecikme ve olumsuzluklar ile ilgili ilk amirinizi vakit kaybetmeden bilgilendiriniz.

İyi Yolculuklar...

(*) Bu talimata birlik komutanlıklarınca tebliğ edilmek istenen maddeler eklenebilir.

İZİN ERTELEME BELGESİ

Görev Yeri :
Adı ve Soyadı :
Sınıf ve Rütbesi :
Sicil No :
Görevi :

1. Yukarıda açık kimliği yazılı personel, görevi/nedeniyle yılı yıllık izninin gününü kullanamamıştır.
2. Personelin, yılı yıllık izninden kalan gün izninin yılına devredilmesi uygun görülmüştür.

ONAY

.....

İzin Sıra Çizelgesini Onaylamaya
Yetkili Amir

.....KOMUTANLIĞI/BAŞKANLIĞI/DAİRE BAŞKANLIĞI YILI İÇİN SIRA ÇİZELGESİ

Sıra Nu.	Adı Soyadı Rütbe Sicil No.	Görevi	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	İzinli Bulunacağı Adres ve Düşünceler
1.		10					20					
2.	10							20				
3.		10							20			
4.			10			20						

* Gerektiğinde aynı ay, iki farklı döneme ayrılarak planlanabilir.

gg/aa/yyyy
ONAY

.....
.....
.....

BİRLİĞİ :
 RÜTBESİ :
 ADI VE SOYADI :
 BABA ADI :
 MEMLEKETİ :
 DOĞUM TARİHİ :
 SİCİL NO :
 DUHULÜ :
 P.B.İ.K :
 T.C.NU. :

Özü: Aylıklı/Aylıksız Refakat İzin İsteği

KOMUTANLIK ÖNÜNE

.....Hastanesi tarafından (annem/babam/kardeşim/eşim/çocuğum)'ninrahatsızlığı nedeniyletarihinden itibarensüreyle dilekçemin ekinde bulunan refakat raporu verilmiş olup, tarafıma raporda belirtilen süre kadar "Aylıklı/Aylıksız Refakat İzni" verilmesini, aşağıda yazılı bilgilerin doğruluğunu arz ederim. /...../.....

Refakat izni talebinde bulunan personel tarafından doldurulacaktır.

Daha Önce Refakat İzni Kullanıp Kullanmadığı, (Aylıklı/Aylıksız) Kullandı İse Tarihleri	
Aynı Kişiyile İlgili Refakat İzin Talebinde Bulunan Memur Kardeş veya Eş Var mı?/Memur Kardeşlerin TC.No ve İsimleri	
Refakat Edilecek Kişi Bilgileri (Ad/Soyad TC.No.)	
Refakat Süresince Bulunulacak Adres Bilgisi	

Personelin birliği tarafından doldurulacaktır.

Refakat Rapor Tarihi (Aynı Zamanda İzin Başlangıç Tarihidir)	
Verilen Refakat İzin Süresi(Gün Olarak Yazılacaktır.)	
İzin Bitiş Tarihi	

Yukarıda yazılı bilgilerin doğruluğunu teyit ederim.

(Personelin İmzası)

İMZA

Per.Şb Md.

ONAY

...../...../.....

İMZA

Asgari Alay ve Eşidi Birim Amiri

BİRLİĞİ :
 RÜTBESİ :
 ADI VE SOYADI:
 BABA ADI :
 MEMLEKETİ :
 DOĞUM TARİHİ:
 SİCİL NO :
 DUHULÜ :
 P.B.İ.K :
 T.C.NU. :

Özü: Engelli Birey Eğitim İzni

KOMUTANLIK ÖNÜNE

Özel Gerekseşim Raporu (ÇÖZGER) bulunan (eşim/çocuğum/kardeşim)'ninengelliliğı nedeniyle verilecek özel eğitim iznini aşağıda yazılı tarih aralıklarında kullanmak istiyorum arz ederim.

İzin talebinde bulunan personel tarafından doldurulacaktır.

Özel Gerekseşim Raporu Bulunan Kişinin Adı Soyadı, T.C.No.su	
Özel Gerekseşim Raporunun Tarihi ve Geçerlilik Süresi, Özel Gerekseşim Düzeyi	
Aynı Kişiyile İlgili Eş Tarafından İzin Kullanılıp Kullanılmadığı	
Özel Eğitim Kurumu ve Adres Bilgisi	
Kardeş ise Vasi Kararının Tarih, Sayı ve Süresi	

Personelin birliğı tarafından doldurulacaktır.

Özel Gerekseşim İzin Tarih Aralıkları (Personelin talebi doğrultusunda haftalık 8 saati geçmeyecek şekilde planlanacaktır)	
Açıklamalar	Özel Gerekseşim Raporunda Engelli Düzeyi ÇOK İLERİ DÜZEY VE ÜSTÜ (%70 VE ÜZERİ) olmalıdır.

Yukarıda yazılı bilgilerin doğruluğunu teyit ederim

(Personelin İmzası)

İMZA

.....

Per.Ks.A/Per.Şb.Md.

ONAY

...../...../.....

İMZA

.....

Asgari Alay ve Eşidi Birim Amiri

BİRLİĞİ :
 RÜTBESİ :
 ADI VE SOYADI :
 BABA ADI :
 MEMLEKETİ :
 DOĞUM TARİHİ :
 SİCİL NO :
 DUHULÜ :
 P.B.İ.K :
 T.C.NU. :

Özü: Engelli Birey Bakım İzni

KOMUTANLIK ÖNÜNE

Tam Bağımlı Raporu bulunan (eşim/çocuğum/annem/babam/kardeşim)'ninengelliliği nedeniyle verilecek özel bakım iznimi aşağıda yazılı tarih/saat aralıklarında kullanmak istiyorum arz ederim.

İzin talebinde bulunan personel tarafından doldurulacaktır.

Tam Bağımlı Raporu Bulunan Kişinin Yakınlık Durumu, Adı Soyadı TC.No.su	
Tam Bağımlı Raporunun Tarihi ve Geçerlilik Süresi, Engellik Oranı	
Vasilik Kararının Tarihi ve Süresi, Anne Baba ve Kardeş İçin Aynı Çatı Altında Yaşayıp Yaşamadığı	
Aynı Kişiyle İlgili Bakım İzni Kullanan Aile Ferdi Bulunup Bulunmadığı	
Personelin birliği tarafından doldurulacaktır.	
İzin Tarih/Saat Aralıkları (Personelin talebi doğrultusunda günlük 1 saati geçmeyecek şekilde planlanacaktır)	
Açıklamalar	

Yukarıda yazılı bilgilerin doğruluğunu teyit ederim.

(Personelin İmzası)

İMZA

.....

Per.Ks.A/Per.Şb.Md.

ONAY

.....
 İMZA

.....
 Asgari Alay ve Eşidi Birim Amiri

BİRLİĞİ :
 RÜTBESİ :
 ADI VE SOYADI :
 BABA ADI :
 MEMLEKETİ :
 DOĞUM TARİHİ :
 SİCİL NO :
 DUHULÜ :
 P.B.İ.K :
 T.C.NU. :

Özü: Aylıksız Doğum İzni Talebi

KOMUTANLIK ÖNÜNE

..... tarihinde doğum yaptım. Yapmış olduğum doğum nedeniyle tarafıma verilen iznim
 tarihinde bitmiştir/bitmektedir..... tarihinden tarihine kadar,
 tarafıma yapmış olduğum doğum nedeniyle aylıksız izin verilmesini arz ederim. / /

İzin talebinde bulunan personel tarafından doldurulacaktır.

Doğum Sebebiyle Verilen İzin Bittiği Tarih	
Aylıksız İzne Ayrıldığı Tarih (On iki Aylık Süre Doğum Sebebiyle Verilen İzin Bitiminden İtibaren Başlar)	
Dönüş Tarihi (Doğum Sebebiyle Verilen İzin Bitişinden İtibaren On iki Ayı Geçemez)	
Kullandığı Yıllık İzinlerin Tarihleri	

Yukarıda yazılı bilgilerin
doğruluğunu teyit ederim.

(Personelin İmzası)

İMZA

.....

 Per.Ş.Md.

ONAY

..... / /
 İMZA

.....
 Asgari Alay ve Eşidi Birim Amiri