…./…./20…

**ERCİYES ÜNİVERSİTESİ**

**……………………………..MÜDÜRLÜĞÜNE/BAŞKANLIĞINA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ADI SOYADI** | **:** |  |
| **ÜNVANI** | **:** |  |
| **GÖREVİ** | **:** |  |
| **GÖREV YERİ** | **:** |  |
| **MEMURİYETE BAŞLAMA TARİHİ** | **:** |  |
| **SİCİL NUMARASI** | **:** |  |
| **KONU** | **:** |  |

Müdürlüğünüz/Başkanlığınız bünyesinde 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 4. Maddesi uyarınca görev yapmaktayım.

…./…../20….. tarihinde doğum yaptım. …./…../20…. tarihinde doğum sonrası iznim sona erdi. Bu tarihten itibaren;

* Birinci altı aylık dönemdeki **3 saat** olan süt iznimi : ….. - ….. saatleri arasında,
* ikinci altı aylık dönemdeki **1,5 saat** olan süt iznimi : ….. - ….. saatleri arasında

kullanmak istiyorum.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **E-mail:** …………………..@erciyes.edu.tr  |  | **İmza** |
| **Telefon No:** |  |  |
| **Adres :** |  |  |