

	SÜT İZİNİ DİLEKÇE FORMU			
	Doküman No	MDBF-FRM-48	Revizyon Tarihi	-
	İlk Yayın Tarihi	01.12.2022	Revizyon No	-
		Sayfa No	1	

.....**BÖLÜM 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	
Doğum Sonrası Analık İzni Bitiş Tarihi	
İlk Altı Ay İçin İzni Başlama ve Bitiş Tarihi (3 saatlik Süt İzni)	... / ... / 20... - ... / ... / 20...
İlk Altı Ayda Kullanılmak İstenen Saat Aralığı	
İkinci Altı Ay İçin İzni Başlama ve Bitiş Tarihi (1,5 saatlik Süt İzni)	... / ... / 20... - ... / ... / 20...
İkinci Altı Ayda Kullanılmak İstenen Saat Aralığı	

Adı geçen personelin yukarıda beyan etmiş olduğu bilgiler doğrultusunda yasal süt iznini kullanması uygun görülmüştür.

OLUR

... / ... /20...

İmza

Birim Amiri

DİKKAT

* Bilgilerde eksiklik ya da hata bulunan dilekçeler ile imzasız dilekçeler işleme konulmayacaktır.