…./…/20…

T.C.

SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ

(*…………………………. Fakültesi Dekanlığına*)

………… Dairesi Başkanlığında / Fakültesinde ………. olarak görev yapmaktayım. …/…/20… tarihinde doğum yaptım ve …/…/20… tarihinde ücretli analık iznimi tamamladım. 657 sayılı Devlet Memurları Kanununun 104. maddesi uyarınca, ücretli analık iznimin bitiş tarihi olan …/…/20… tarihinden itibaren ilk 6 ay günde 3 saatlik süt izni hakkımı saat … : … dan itibaren; sonraki 6 ay günde 1,5 saatlik süt izni hakkımı saat … : … dan itibaren kullanmak istiyorum.

Gereğini saygılarımla arz ederim.

 İmza

 Adı Soyadı

Adres:

Tlf. No: