**FORM DİLEKÇE**

T.C KİMLİK NO :

ADI SOYADI :

GÖREV YERİ :

UNVANI :

ANA ADI :

BABA ADI :

DOĞUM YERİ :

DOĞUM TARİHİ :

DİLEKÇENİN ÖZÜ :

İL MİLLİ EĞİTİM MÜDÜRLÜĞÜNE

 AYDIN

 2018/2 Engelli Personel (EKPSS-KURA) Yerleştirmeleri sonucu İliniz Milli Eğitim Müdürlüğü emrine atamam yapıldı.

 Göreve başlamadan engellilere tanınan İller arası (Devlet Memurlarının Yer Değiştirme Yönetmeliğinin Ek-3 maddesine göre) yer değişikliği hakkımdan yararlanarak ……………..İli….……………………………..İlçesi emrine atamamın yapılmasını istiyorum.

 Gereğini arz ederim.

 ..../…/20...

 İmza

 Adı Soyadı

İletişim Bilgileri: