T.C

KASTAMONU ÜNİVERSİTESİ

……………………..Dekanlığına/Müdürlüğüne

Sayı: …/…/20…

Konu: Hastalık İzni

HASTALIK İZİN ONAYI

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Adı Soyadı:** |  | **Raporun nereden verildiği:** |  |
| **Sicil No:** |  | **Hastalık izninin başlayış tarihi:** |  |
| **Hastalık İzninin bitiş tarihi:** |  |
| **Birimi:** |  | **Süresi:** |  |
| **Görevi/Ünvanı:** |  | **202...yılı içinde daha önce kullandığı hastalık izin süreleri:****Tek Hekim Raporu İle : … gün****Sağlık Kurulu Raporu İle : … gün** |
| **Hizmet Süresi:** |  |
| **Hastalık izni ile ilgili hüküm:** 657 Sayılı Yasanın 105. Maddesi ile buna dayanılarak hazırlanan Devlet Memurlarına Verilecek Hastalık Raporları ile Hastalık ve Refakat İznine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmeliğin 7. maddesi. | **Rapor tarihi :** |  |
| **Numarası :** |  |
| **Raporda gösterilen hastalık iznini geçireceği Adres:** |  |

Yukarıda adı soyadı yazılı olan personele raporda belirtilen tarihler arasında …. gün hastalık izni verilmesi hususunu olurlarınıza arz ederim.

Dekan Yrd./Bölüm Başkanı/ Enstitü Sekreteri/Fakülte Sekreteri/Yüksekokul Sekreteri

O L U R

... / ... / 202….

**EKİ:**

Rapor Örneği (1 adet)