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)