**………………. Fakültesi/Yüksekokulu/Daire Başkanlığı/Birimi**

**Sayı :** E-67258623-903.05.02-

**Konu :** Hastalık İzni

**Adı ve Soyadı :**

**Kadro Unvanı :**

**Görev Unvanı :**

**Kurum Sicil No :**

**Raporu Veren Sağlık Kurumu :**

**Raporun Tarih ve Numarası :**

**İznin Başlama Tarihi :**

**İznin Bitiş Tarihi :**

**Yıl İçinde Alınan Toplam Rapor** (Gün) **:**

**Raporun Süresi :**

**İzni Geçireceği Adres :**

**Hastalık İzninin Mahiyeti** (Heyet/Tek Hekim) **:**

 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’nun 105 inci ve Devlet Memurlarına Verilecek Hastalık Raporları ile Hastalık ve Refakat İznine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmeliğin 6’ncı ve 7’nci maddeleri gereğince adı geçenin, ……………. tarihinden itibaren ……. gün süreli hastalık izninin onaylanması hususunu;

 Olurlarınıza arz ederim.

 ……………………………………..

 Genel Sekreter/Birim Sekreteri/Daire Başkanı/Şube Müdürü

**OLUR**

……./……./20……

………………………………………………….

**Rektör/Dekan/Enstitü Müdürü/Yüksekokul Müdürü/Genel Sekreter/Daire Başkanı**