**………………. 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 :**

**Doktorun Adı ve Soyadı :**

**Raporun Tarih ve Numarası :**

**İznin Başlama Tarihi :**

**İznin Bitiş Tarihi :**

**Bir Yılda Alınan Toplam Rapor (Gün) :**

**Raporun Süresi :**

**İzni Geçireceği Adres :**

 657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’nun 105 inci ve Memurları Hastalık Raporlarını verecek Hekim ve Sağlık Kurulları Hakkında Yönetmeliğin 9. Maddesi 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**