Hastalık İzin Formu

|  |
| --- |
| **MEMURUN** |
| **Adı Soyadı** | **Görev Yeri** |
| **Kurum Sicil No** |
| **Ünvanı** | **Kullanılan Sıhhi İzin Süresi (Gün)** |
| **Hastalık İzninin Başlama Tarihi** | **Hastalık İzninin Bittiği Tarih** |
| **Raporu Veren Kurum Adı** |  |
| **Hastalık İznini Geçireceği Yer** |  |
|  | **..…/….../202…** |
| Raporu Görülmüştür | Birim Yetkilisinin Adı Soyadı Ünvanı |

|  |
| --- |
| Yukarıda belirtilen süre için adıgeçene 657 sayılı Kanun'un 105'inci maddesi gereğince hastalık izni verilmesini olurlarınıza arz ederim. |
| **……………………** |
| **……………………** |
| **Uygundur** |
| **..…/….../201…** |
| **…………………..** |
| **…………………..** |
| **Not : Formu arka sayfadaki açıklamalara göre doldurunuz.** |

NOT: Hastalık İzne çevrilmesinde Akademik Personelde Rapor

görülmüştür.Birim Amiri Bölüm Başkanı imzalıyor.Aşağı kısımda ise

Fakülte/Yüksekokul Sekreteri imzalıyor.Dekan veya Yüksekokul Müdürü onaylıyor.İdari Personelde ise Raporu görülmüştür ve aşağı kısıma

Fakülte/Yüksekokul Sekreteri imzalıyor ve Dekan veya Yüksekokul Müdürü

onaylıyor.Rektörlük Birimlerde Raporu Görülmüştüre Birimin Şube Müdürü, alt kısma Birimin Daire Başkanı imzalıyor, Genel Sekreter onaylıyor. Rektörlük

okutmanlarında ise, Raporu görülmüştür kısmına Birim Yetkilisi Bölüm Başkanı imzalıyor.Alta Genel Sekreter imzalıyor ve Rektör onaylıyor.