|  |
| --- |
| **T.C.** |
| **KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ** |
| **(……………………………………………….)** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **İZİN TALEP EDEN PERSONELİN :** |  |  |  |  |  |
| **Adı Soyadı** |   | **Hastalık İzin Nedeni** | Tek Hekim/Sağlık Kurulu Raporu |
| **Unvanı** |   | **Rapor Tarih/Sayı** | …../……/…….. | ………… |
| **Görevi** |   | **İzin Süresi** | **Sayı ile** | **Yazı ile** |   |
|   |   | Gün |
| **Sicil No** |   | **Başladığı Tarih** |   |
| **Görev Yeri** |   | **Bittiği Tarih**(İznin son günü) |   |
| **Raporu Veren Kurumun Adı**  |  |
| **Raporu Veren Kurumun SGK Sözleşmesi Olup Olmadığı**  |  |
|  Yukarıda belirtilen süre içinde **hastalık izni** verilmesini müsaadelerinize arz ederim. |
|  |  |  |  |  | **İzin Talep Edenin** |  |  |  |
|  |  |  |  |  | Adı Soyadı :  |
|  |  |  |  |  | Unvanı : |
|  |  |  |  |  | İmzası : |
| Kontrol edilmiş olup; kayıtlarımıza uygundur. | **Tek Hekim Toplam(Daha önce alınan raporlar)** | …… Gün |
|
| **Sağlık Kurulu Toplam(Daha önce alınan raporlar)** | …… Gün |
|
| **Birim Özlük İşleri Sorumlusu** | **İzin Vermeye Yetkili Amir**  |
|   | (İlk Disiplin Amiri) |
|   |   |
| imza | imza |
| Adı Soyadı | Adı Soyadı |
| Unvanı | Unvanı |
|  |
|
|