T.C.

BARTIN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ

……………………………………………

|  |
| --- |
| Sayı : ………………-**903.05.02**-Konu : Hastalık İzin Onayı …/…./20… **…………………….. MAKAMINA****MEMURUN:**Adı Soyadı : Unvanı : Sicil No : Verilecek İzin Süresi : Evvelce Verilen İzin Süresi : Toplam İzin : Hizmet Yılı : Raporu Tanzim Eden Kuruluş : Raporun Tarih ve Numarası : Hastanede Yattığı Tedavi Süresi :Rapor Aldığı Yer : Hastalık İznini Geçireceği Adres :   657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’nun 105.maddesi ve buna dayanılarak hazırlanan “***Devlet Memurlarına Verilecek Hastalık Raporları ile Hastalık ve Refakat İznine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik***” in 7.maddesi gereğince yukarıda adı soyadı ve unvanı yazılı personele .…/…/…. tarihinden itibaren ….. (…..) gün süreli hastalık izni verilmesi hususunu olurlarınıza arz ederim. ………………….. ……………………..O L U R.../.../….Birim Amiri  Düzenleyen:…/…/… |