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:…/…/… |