|  |
| --- |
| **KİMLİK BİLGİLERİ** |
| **Birimi** | **:** |  |
| **T.C. Kimlik Numarası**  | **:** |  |
| **Adı ve Soyadı**  | **:** |  |
| **Kurum Sicil No**  | **:** |  |
| **Unvanı** | **:** |  |
| **İZİN BİLGİLERİ** |
| **Hastalık İzin Başlama Tarihi** | **:** |  | **İzin Bitiş Tarihi** | **:** |  |
| **İzin Dönüşü Göreve Başlama / Kontrol Tarihi** | **:** |  |
| **Rapor Süresi ve Türü** | **:** | …… Gün / …… Tek Hekim / …… Heyet Raporu |
| **İzin Türü** | **:** | Hastalık İzni |
| **Hastalık İzninin Verildiği Sağlık Kuruluşu** | **:** |  |
| **İzinde Bulunacağı Adres ve****İletişim Numarası** | **:** |  |

**Not: Eksik ya da hatalı doldurulan formlar işleme alınmayıp geçersiz sayılacaktır.**

Yukarıda belirtilen tarihler arasında 4857 sayılı Kanunun 53. ve 54. maddeleri uyarınca izinli sayılmam için gereğini arz ederim.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **…../…./20…** |
|  |  | **Adı Soyadı** |
|  |  | **Unvanı** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | **U Y G U N D U R** |  |
|  | **A.Okan DOĞAN** |  |
|  | **Fakülte Sekreter V.** |  |