|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 657 sayılı Kanunun 102.,103.,104. ve 105. maddeleri uyarınca izinli sayılmam hususunda gereğini müsaadelerinizle arz ederim.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | **…../…./20…** |
|  |  | **Adı Soyadı** |
|  |  | **Unvanı** |
|  |  |  |
| Uygun görüşle, arz ederim. |  | Uygun görüşle, arz ederim. |
| **………………..** |  | **………………..** |
| **Anabilim Dalı Bşk.** |  | **Bölüm Başkanı** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | **U Y G U N D U R** |  |
|  | **Prof. Dr. Uğur SUNLU** |  |
|  | **Dekan** |  |