

# MEMURUN :

**(……………………………………………….)**

**HASTALIK İZİN FORMU**

**(657 SK.105 MD. ALTINCI FIKRASI UYARINCA)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Adı Soyadı** |  | | **Hastalık İzin Nedeni** | | Tek Hekim/Sağlık Kurulu Raporu | | |
| **Unvanı** |  | | **Rapor Tarih/Sayı** | | …../……/…….. | | …………… |
| **Görevi** |  | | **İzin Süresi** | | **Sayı ile** | **Yazı ile** | Gün |
|  |  |
| **Kurum Sicil No** |  | | **Başladığı Tarih** | |  | | |
| **Görev Yeri** |  | | **Bittiği Tarih**(İznin son günü) | |  | | |
| **Raporu Veren Kurumun Adı** | |  | | | | | |
| **Raporu Veren Kurumun SGK Sözleşmesi Olup Olmadığı** | | | |  | | | |
| İlgili personele yukarıda belirtilen süre içinde **hastalık izni** verilmesini müsaadelerinize arz ederim. | | | | | | | |
| Adı Soyadı : | | | | | | | |
| Unvanı : | | | | | | | |
| İmzası/Tarih : | | | | | | | |
| **BİRİM ÖZLÜK İŞLERİ SORUMLUSU İSİM,İMZA,ONAY** | | | | | **Tek Hekim Toplam**  **(Daha önce alınan raporlar)** | | …… Gün |
| Kontrol edilmiş olup; kayıtlarımıza uygundur. | | | | |
| **Sağlık Kurulu Toplam**  **(Daha önce alınan raporlar)** | | …… Gün |

Adı geçene ait rapor görülmüş ve aslı/fotokopisi ekte sunulmuş olup; yukarıda belirtilen süre içinde **hastalık izni** verilmesini ve …/…./…. (iznin bitimini takip eden ilk iş günü) tarihinde göreve başlayacağı hususunda gereğini bilgilerinize arz ederim.

Bölüm Başkanı/Birim Sekreteri/Şube Müdürü Adı Soyadı, Ünvanı,İmza,Tarih

......./......./………..

………………………………………..

………………………………………..

Birim Amiri

Adı Soyadı, Ünvanı, İmza, Tarih UYGUNDUR

......./......./………..

………………………………………..

………………………………………..

Form No: FR-0122 Yayın Tarihi: 21.06.2017 Değ.No:0 Değ.Tarihi:-