

# 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:-