M E M U R U N;

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| T.C.Kimlik No |  | | Hastalık İzin Tipi | | Tek Hekim/Sağlık Kurulu Raporu | | |
| Adı Soyadı |  | |
| 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 Doktorun Adı | |  | | | | | |
| Rapor Nedeni | |  | | | | | |
| Raporu Veren Kurumun SGK Sözleşmesi Olup Olmadığı | | | |  | | | |
| 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

Adı Soyadı, Unvanı, İmza, Tarih

**UYGUNDUR**

......./......./……..

Birim Amiri

Adı Soyadı, Unvanı, İmza, Tarih

………………………………………..

………………………………………..