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

………………………………………..

………………………………………..