 **T.C.**

 **HİTİT ÜNİVERSİTESİ**

**………………………………………………**

………………… BAŞKANLIĞINA/MÜDÜRLÜĞÜNE/DEKANLIĞINA

**HASTALIK OLURU**

|  |
| --- |
| **Sayı :** **Konu :** Hastalık Oluru |
|  Adı Soyadı |  |
| Kadro Unvanı |  |
| Kurum Sicil No |  |
| Raporu Tanzim Eden Kuruluş |  |
| Rapor Tarih ve Numarası |  |
| Rapor Süresi |  |
| Hastanede Yattığı Tedavi Süresi |  |
| Önceki Rapor Süresi |  |
| Toplam Rapor Süresi |  |
| İzin Adresi |  |
|  657 sayılı Yasa'nın 105. ve Memurların hastalık Raporlarını Verecek Hekim ve Sağlık Kurulları Hakkında Yönetmeliğin 9. maddesi gereğince adı geçenin, …../…../……. tarihinden itibaren .…gün süreli hastalık izninin onaylanmasını olurlarınıza arz ederim. |
| Uygun görüşle arz ederim. …../…../……..İmza | Uygundur …../…../……..Onay |