

**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 |