|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| logopicture.jpg | | **T.C.** | | | | | |  |
| **ESKİŞEHİR OSMANGAZİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ** | | | | | |  |
| **Personel Dairesi Başkanlığı** | | | | | |
| Sayı | : | | | |  | | |  |
| Konu | : İstirahat Oluru | | | |  | | |  |
| HASTALIK İZİN ONAYI | | | | | | | | |
| **Adı Soyadı:** | | | Bxxxxxx Öxxxxxxx | | **Raporun nereden verildiği:** | | 1111 nolu Aile Hekimliği | |
| **Sicil No:** | | | Sxxxx | | **Hastalık izninin başlayış tarihi:** | | 20.05.2024 | |
| **Birimi:** | | | Personel Daire Başkanlığı | | **Süresi:** | | 2 | |
| **Unvanı:** | | | Sağlık Teknisyeni | | **Daha önce verilen hastalık izin sürelerinin toplamı:** | | 2.0 | |
| **Rapor hakkındaki yazının tarihi:** | | | 20.05.2024 | | **Numarası:** | | 123456 | |
| **Raporda gösterilen hastalık iznini geçireceği mahal:** | | |  | | | | | |
| **İstek üzerine hastalık iznini geçireceği mahal:** | | |  | | | | | |
| 657 Sayılı Yasanın 105. Maddesi ile Devlet Memurlarına Verilecek Hastalık Raporları ile Hastalık ve Refakat İznine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmeliğin 7.maddesi. uyarınca hastalığı hakkındaki durumu yukarıda gösterilen adı geçene hastalık izni verilmesini olurlarınıza arz ederim. | | | | | | | | |
|  | | | |  | | İmza ad soyad | | |
|  | | | |  | | İmza unvan | | |
|  | | | |  | |  | | |
|  | | | | OLUR | |  | | |
|  | | | | …/…/20.. | |  | | |
|  | | | |  | |  | | |
|  | | | | İmza ad soyad | |  | | |
|  | | | | İmza unvan | |  | | |
|  | | | |  | |  | | |
|  | | | |  | |  | | |