|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **PERSONEL DAİRE BAŞKANLIĞI** | **Açıklama** | Yeni Yayımlandı |
| **Doküman No:** |  |
| **Yayın Tarihi:** |  |
| **REFAKAT İZİN FORMU** | **Revizyon No:** |  |
| **Revizyon Tarihi:** |  |

**… Fakülte/Enstitü/Yüksekokul/Koordinatörlük/Başkanlığı/Müdürlüğü**

|  |
| --- |
| **MEMURUN** |
| **Adı Soyadı** | : |  |
| **Unvanı** | : |  |
| **Sicil No** | : |  |
| **Verilecek İzin Süresi** | : |  |
| **Evvelce Verilen İzin Süresi** | : |  |
| **Toplan İzin** | : |  |
| **Hizmet Yılı** | : |  |
| **Raporu Tanzim Eden Kuruluş** | : |  |
| **Raporun Tarih ve Numarası** | : |  |
| **Hastanede Yattığı Tedavi Süresi** | : |  |
| **Rapor Aldığı Yer** | : |  |
| **Hastalık İznini Geçireceği Adres** | : |  |

657 sayılı Devlet Memurları Kanunu’nun 105.maddesi ve buna dayanılarak hazırlanan “***Devlet Memurlarına Verilecek Hastalık Raporları ile Hastalık ve Refakat İznine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik***” in 7.maddesi gereğince yukarıda adı soyadı ve unvanı yazılı personele …/… /20.. tarihinden itibaren … (...) gün süreli hastalık izni verilmesi hususunu olurlarınıza arz ederim.

|  |
| --- |
| **… / … / 20..****İmza****Olura Sunanın Adı Soyadı** |

**OLUR**

**… / … / 20..**

**İmza**

**Birim Amirinin Adı Soyadı**

**EK**: Refakat Raporu