|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **T.C.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **KIRKLARELİ ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **(……………………………………………….)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  | |  |  | |
| **İZİN TALEP EDEN PERSONELİN :** | | | | | | |  | |  | |  | |  | |  | | | |
| **Adı Soyadı** | | |  | | | | | | **Hastalık İzin Nedeni** | | | | Sağlık Kurulu Raporu | | | | | |
| **Unvanı** | | |  | | | | | | **Rapor Tarih/Sayı** | | | | …../……/…….. | | | | | ………… |
| **Görevi** | | |  | | | | | | **İzin Süresi** | | | | **Sayı ile** | | **Yazı ile** | | |  |
|  | |  | | | Ay |
| **Sicil No** | | |  | | | | | | **Başladığı Tarih** | | | |  | | | | | |
| **Görev Yeri** | | |  | | | | | | **Bittiği Tarih**(İznin son günü) | | | |  | | | | | |
| **Raporu Veren Kurumun Adı** | | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| **Raporu Veren Kurumun SGK Sözleşmesi Olup Olmadığı** | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
| Yukarıda belirtilen süre içinde **refakat izni** verilmesini müsaadelerinize arz ederim. | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  | |  | | **İzin Talep Edenin** | | | |  | |  | | |  |
|  |  | |  | |  | |  | | Adı Soyadı : | | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  | |  | | Unvanı : | | | | | | | | | |
|  |  | |  | |  | |  | | İmzası : | | | | | | | | | |
| Kontrol edilmiş olup; kayıtlarımıza uygundur. | | | | | | | | | | | | | **Sağlık Kurulu Toplam (Refakat izni için daha önce alınan raporlar)** | | | | | …….. Ay |
| **Birim Özlük İşleri Sorumlusu** | | | | | | | | | **İzin Vermeye Yetkili Amir** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | (İlk Disiplin Amiri) | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| imza | | | | | | | | | imza | | | | | | | | | |
| Adı Soyadı | | | | | | | | | Adı Soyadı | | | | | | | | | |
| Unvanı | | | | | | | | | Unvanı | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|
|