|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| C:\Users\AICU\Pictures\logo.jpg | **HASTALIK İZNİ ONAY BELGESİ FORMU** | Doküman No | FR-624 |
| İlk Yayın Tarihi | 26.02.2024 |
| Revizyon Tarihi |  |
| Revizyon No | 00 |
| Sayfa No | 1/1 |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **T.C.****AĞRI İBRAHİM ÇEÇEN ÜNİVERSİTESİ REKTÖRLÜĞÜ****……………. Başkanlığı/Dekanlığı/Müdürlüğü** |  |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Sayı** | :  |  | ...../...../20...... |
| **Konu** | : İstirahat Oluru  |  |  |
| **HASTALIK İZİN ONAYI** |
| **Adı Soyadı** | **:**  |  |  |
| **Unvanı** | **:**  |  |
| **Sicil No** | **:**  |  |
| **Fiili Görev Yeri** | **:**  |  |
| **Kadro Birimi** | **:**  |  |
| **Raporu Veren Kurum** | **:**  |  |
| **Raporun Tarih ve No’su** | **:**  |  |
| **Hastalık İzninin Başlama Bitiş Tarihi**  | **:**  |  |
| **Hastalık İzni Dönüşü Göreve Başlama Tarihi**  | **:**  |  |
| **Hastalık İzninin Geçirildiği Yer**  | **:**  |  |
| **İzin Süresi** | **:**  |  |
| **Yıl İçinde Kullanılan Sağlık İzni Toplam** | **:**  |  |
|  | **Tek Hekim** | **Heyet** |
| **Rapor Süresi(1)** | :  | gün |  gün |  |  |
| **Yıl İçinde Daha Önce Verilen Hastalık İzin Süreleri Toplamı** | :  | gün |  gün |  |  |
| **Toplam Hastalık Süresi (1+2)** | :  | gün |  gün |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Not:** Bu onayın bir örneği Kadro Birimine gönderilecek, bir örneği Personel Dairesi Başkanlığına gönderilecektir. |
|  |  | ................................................................................................ (1.Amir) |
|  |  |  |
|  | **OLUR** |  |
|  | **…/…/20.....** |  |
| ................................ |
| .................................................... |
| (**Rektörlük/ Dekanlık/Müdürlük/Başkanlık**) |