



T.C.
ÇUKUROVA ÜNİVERSİTESİ
PERSONEL DAİRE BAŞKANLIĞI

Hastalık İzin Onay Formu

Doküman No	FRM- PRDB-0007
İlk Yayın Tarihi	16/07/2024
Revizyon Tarihi	---
Revizyon No	---
Sayfa No	1/1

Adı Soyadı:		Raporun nereden verildiği:	
Sicil No:		Hastalık izninin başlayış tarihi:	
Görev Yaptığı Birim		Süresi:	
Unvanı:		Daha önce verilen hastalık izin sürelerinin toplamı:	Tek hekim raporu: Sağlık kurulu raporu:
Rapor hakkındaki yazının tarihi:		Numarası:	
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
Adı-Soyadı

OLUR

İmza
Adı-Soyadı

İlgili Dokümanlar:

Hazırlayan İlgili Süreç Sahibi	Kontrol Eden Birim Yöneticisi	Onaylayan Kalite Koordinatörlüğü
-----------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------