# T.C.

# AFYON KOCATEPE ÜNİVERSİTESİ

HASTALIK İZİN FORMU

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Kayıt No : |  | | Kayıt Tarih: |  |
| Adı Soyadı | |  | | |
| Kurum Sicil No : | |  | | |
| Sağlık İzin Nedeni : | |  | | |
| Ünvanı : | |  | | |
| Görev Yeri : | |  | | |
| Hastalık İzinin Başlama Tarihi: | |  | | |
| Hastalık İzinin Bitiş Tarih: | |  | | |
| Kullanılan İzin Süresi: | |  | | |
| Raporu Veren Kurumun Adı: | |  | | |
| RAPORU GÖRÜLMÜŞTÜR. | | | | |

Yukarıda belirtilen süre için adı geçene 657 Sayılı Kanunun 105. Maddesi gereğince Hastalık İzni verilmesini OLUR' larınıza arz ederim.

Birim Yetkilisi

……./……./20….

…………………..

……………………

UYGUNDUR

…../ .... /20.…