# 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.…