T.C.

KASTAMONU ÜNİVERSİTESİ

………………………Dekanlığına/Müdürlüğüne

**REFAKAT İZİN ONAYI**

|  |  |
| --- | --- |
| Adı Soyadı: | Refakat İzin Nedeni:  |
| Kurum Sicil No:  |
| Ünvanı:  | Görev Yeri:  |
| Refakat İzninin Başlama Tarihi:  | Refakat İzninin Bittiği Tarih :  |
| Kullanılan İzin Süresi (Gün) :  |  |
| Raporu Veren Kurumun Adı:  |  |
|  Raporu görülmüştür. |

 Yukarıda belirtilen süre için adı geçenin 657 Sayılı Devlet Memurları Kanununun 105. Maddesi ve Devlet Memurlarına Verilecek Hastalık Raporları ile Hastalık Refakat İznine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmeliğinin 10. maddesine istinaden refakatçi olarak izinli sayılması hususunu Olur’larınıza arz ederim.

 Dekan Yrd./ Bölüm Başkanı/Enstitü Sekreteri/ Fakülte Sekreteri/ Yüksekokul Sekreteri

OLUR

…./…./…..