

..... İL/İLÇE
..... [İL/İLÇE] MİLLÎ EĞİTİM MÜDÜRLÜĞÜNE

Konu: 657 sayılı DMK m.105 uyarınca refakat izni talebi

Bakanlığınıza bağlı [okul/kurum adı]'nda [branş] öğretmeni olarak görev yapmaktayım. [Yakınlık: anne/baba/eş/çocuk/kardeş]ım [Adı SOYADI], [hastalık teşhisi] nedeniyle [hastane adı] tarafından düzenlenen [..../..../20....] tarihli **sağlık kurulu raporu** ile refakat gereksinimi bulunduğu tespit edilmiştir.

657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 105. maddesi uyarınca; ağır bir kaza veya uzun süreli hastalık hâlinde, refakati zorunlu kılan ve refakat edilmediği takdirde hayatı tehlikeye girecek veya tedavisi aksayacak yakınlar için memura üç aya kadar (gerektiğinde bir üç ay daha uzatılabilen) refakat izni verilebilmektedir.

Bu kapsamda; [..../..../20....] - [..../..../20....] tarihleri arasında **refakat izni** verilmesini, raporda belirtilen süre ve koşullara uygun şekilde işlemlerin yapılmasını ve izin süresine ilişkin onayın tarafıma bildirilmesini arz ederim.

Gereğini arz ederim.

....., / / 20....

[Öğretmen]

Adı Soyadı : _____

T.C. Kimlik No : _____

Branş/Görev Yeri : _____

Sicil/Personel No : _____

Adres : _____

Telefon : _____

E-posta : _____

İmza

Ekler:

- 1) Sağlık kurulu raporu (refakat gereksinimini gösterir)
- 2) Yakınının kimlik ve adres bilgileri
- 3) (Varsa) Tedavi planı/randevu dökümleri
- 4) (Varsa) Kurum görüş yazısı