

SOSYAL SİGORTALAR DAİRESİ  
.....Bölge Amirliği

Tarih: ...../...../.....

Dairenizde ..... sicil numarası ile kayıtlı bulunan işyerimde çalışmakta olan..... kimlik ve ..... sigorta numaralı ....., **\*Hastalık/\*İş Kazası/\*Meslek Hastalığı** sonucu istirahatlı bulunduğu ...../...../2021 tarihinden ...../...../2021 tarihine kadar **tam ödenekli/yarı \*ödenekli/\*ödeneksiz** istirahat izinli olduğunu beyan ederim.

Ücret verilmiş ise aşağıdaki detayları belirtiniz:

...../...../2021 tarihinden ...../...../2021 tarihine kadar ..... gün .....TL ücret verilmiştir.

**İşverenin/işveren vekilinin:**

İmzası Mühürü:.....

Adı Soyadı:.....

İşyeri Tel. No:.....

*\* Uygun olmayanları çiziniz.*

---