ADANA AİLE, ÇALIŞMA VE SOSYAL HİZMETLER İL MÜDÜRLÜĞÜNE

Toplum Yararına Program kapsamında 244060 No’lu ve Çevre Temizliği Programında İl Müdürlüğünüz veya bağlı kuruluşlarda çalışmak üzüre başvurmuş bulunmaktayım.

29 Mayıs 2020 tarihli ve 31139 sayılı Resmi Gazete de yayımlanan 2020/8 sayılı Cumhurbaşkanlığı Genelgesi ile çalıştırılma biçimlerine bakılmaksızın kamu kurum ve kuruluşlarında (Sağlık Bakanlığı ve Milli İstihbarat Teşkilatı Başkanlığı hariç) çalışan yönetici kadro ve pozisyonunda bulunanlar hariç **60 yaş ve üzerinde olanlar ile Sağlık Bakanlığının belirlediği kronik hastalığı bulunanların idari izinli sayılacağı**;

Cumhurbaşkanlığı İdari İşler Başkanlığı Personel ve Prensipler Genel Müdürlüğünün 02.06.2020 tarihli ve 19531 sayılı yazısında kamu kurum ve kuruluşlarında (Milli İstihbarat Teşkilatı Başkanlığı hariç) istihdam şekline bakılmaksızın görev yapan **hamile personelin gebeliğinin yirmi dördüncü haftasından otuz ikinci haftasına kadar olan süre içerisinde idari izinli sayılacağı;**

düzenlenmiştir.

Sağlık Bakanlığının 05.06.2020 tarihli ve 1187 sayılı yazısında ise; Kamu çalışanlarından idari izne esas olmak üzere COVID-19 hastalığı risk grubunda olan kronik hastalıklar ile ilgili e-nabız sistemi üzerinden "idari izne esas COVID-19 hastalığı için risk grubunda olan kronik hastalıklar durum belgesi" üretileceği, idari izinli sayılacak kamu çalışanlarının söz konusu belgeyi sadece e-nabız sistemi üzerinden temin edebileceği bildirilmiştir.

 Bu kapsamda yukarıda kısaca özetlenen genelge ve yazıları okudum. Genelge ve yazılarda yer alan hükümler doğrultusunda E-Nabız kayıtlarımdan yaptığım sorgulamada idari izinli sayılmamı gerektirir bir kronik hastalığımın; idari izinli sayılmamı gerektirir bir hamileliğimin (bayanlar için) bulunduğunu/bulunmadığını; idari izinli sayılmamı gerektirir bir durum olması halinde Müdürlüğünüze derhal bilgi vereceğimi beyan/taahhüt ederim.

|  |
| --- |
|  |

**İdari İzinli Olmamı gerektirir Kronik Hastalığım; hamileliğim (bayanlar için) VARDIR. (Belge Sunulması Gerekiyor.)**

|  |
| --- |
|  |

**İdari İzinli Olmamı gerektirir Kronik Hastalığım; hamileliğim (bayanlar için) YOKTUR.**

 Adres:

Telefon: ADI SOYADI:

 TC: