|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 3-وضعیت استخدامی: | 2-شماره پرسنلی: | 1- نام و نام خانوادگی: |
| 5-واحد سازمانی: | | 4-عنوان پست سازمانی: |
| 7-مدت زمان دورکاری مورد درخواست:  از تاریخ.................... لغایت....................  باعلم به اینکه بنا به تشخیص واحد محل خدمت مدت دورکاری قابل فسخ می باشد. | | 6-سنوات خدمت:  سال..... ماه...... روز....... |
| 8-روزهایی از هفته که طی هماهنگی با مقام مسئول واحد موظف به حضور می باشید: | | |
| 9- امکانات و تجهیزات لازم برای دورکاری را:  ندارم 🞏 در اختیار دارم  درصورت نیاز به تجهیزات ذکر فرمایید: | | |
| 10-فعالیتهایی که برای شما برنامه ریزی شده است تا به صورت دور کاری انجام دهید: | | |
| تاریخ و امضا درخواست کننده: | | |
| 12-اظهار نظر مقام مسئول واحد:  🞏 موافقت می شود 🞏 موافقت نمی شود  علت عدم موافقت:  نام و نام خانوادگی مسئول واحد  عنوان پست سازمانی  تاریخ و امضا | | |
| 13-تصمیم کار گروه  موضوع دورکاری خانم/ آقای...................................... در جلسه روز......................مورخ ................مورد رسیدگی قرار گرفت و تصمیم کارگروه به شرح ذیل اعلام می گردد: | | |
| .........................................................  معاون برنامه ریزی و توسعه سرمایه انسانی  تاریخ و امضا | | |