|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 واحدعنوان پست سازمانیتاریخ و امضا |
| 13-تصمیم کار گروهموضوع 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 انسانیتاریخ و امضا |