



فرم درخواست یا تمدید مرخصی بدون حقوق
موضوع ماده ۶۵ و ۶۶ آیین نامه استخدامی اعضای غیرهیأت علمی

| | | | | | |
|---|--|---|---|--|--|
| ۱- شماره مستخدم : | | ۲- نام : | | ۳- نام خانوادگی : | |
| ۴- عنوان پست سازمانی : | | ۵- نام واحد سازمانی : | | ۶- نوع خدمت : <input type="checkbox"/> رسمی <input type="checkbox"/> رسمی آزمایشی <input type="checkbox"/> پیمانی <input type="checkbox"/> قراردادی | |
| ۷- مدت مرخصی : | | ۸- تاریخ شروع و خاتمه مرخصی : از : لغایت : | | | |
| ۹- علت مرخصی بدون حقوق : <input type="checkbox"/> مشکلات و نیاز شخصی <input type="checkbox"/> به تبع همسر که به موجب حکم رسمی در مأموریت خارج از کشور به سر می برند تاریخ : امضاء : | | | | | |
| ۱۰- اظهار نظر مسئول واحد سازمانی ذیربط : با مرخصی فوق بدون درخواست جانشین موافقت می شود. تاریخ : امضاء : | | ۱۱- تأیید بالاترین مقام مسئول واحد ذیربط : تاریخ : امضاء : | | | |
| ۱۲- با اطلاع مدیریت امور مالی (از لحاظ تسویه حساب) : <input type="checkbox"/> نامبرده هیچگونه بدهی ندارد. <input type="checkbox"/> بدهی های نامبرده تعیین تکلیف شد. تاریخ : امضاء : | | | | | |
| ۱۳- با اطلاع اداره رفاه کارکنان (از لحاظ بیمه) : <input type="checkbox"/> متقاضی ادامه استفاده از خدمات بیمه درمانی هستند. (برای افراد مشمول) <input type="checkbox"/> متقاضی ادامه استفاده از بیمه تکمیلی هستند. <input type="checkbox"/> متقاضی ادامه استفاده از بیمه عمر و حادثه هستند. تاریخ : امضاء : | | | | | |
| ۱۴- تأیید اداره کارگزینی : | | | | | |
| مرخصی بدون حقوق تا ۳ سال <input type="checkbox"/> مرخصی استحقاقی استفاده گردیده است. <input type="checkbox"/> مدت درخواست مرخصی با وضعیت خدمتی نامبرده تطابق داده شده است. <input type="checkbox"/> علت تقاضای مرخصی بدون حقوق احراز گردیده است. <input type="checkbox"/> در صورتی که عضو حالت آزمایشی یا پیمانی دارد، با مقررات تطابق داده شده است. | | | تمدید مرخصی بدون حقوق بالای ۳ سال <input type="checkbox"/> نظر هیأت رئیسه مرخصی بدون حقوق مازاد بر ۳ سال عضو برای ادامه تحصیل اخذ گردیده است. <input type="checkbox"/> حکم رسمی مأموریت خارج از کشور برای عضو که به تبعیت از همسر به مرخصی رفته اند، اخذ گردیده است. | | |
| تاریخ : امضاء : | | | تاریخ : امضاء : | | |
| ۱۵- تأیید مدیریت امور اداری : تاریخ : امضاء : | | | | | |
| ۱۶- تأیید معاونت اداری و مالی : تاریخ : امضاء : | | | | | |

** این فرم پس از تکمیل و قبل از شروع مرخصی می بایست به اداره کارگزینی ارائه شود.

** عضو قبل از شروع مرخصی بدون حقوق، می باید از نداشتن استحقاق مرخصی مطمئن گردد.

** در صورت درخواست عضو و با پرداخت هر ماهه کسور بازنشستگی بر مبنای مقررات صندوق مربوط (در صورت مشمول بودن) و رعایت سایر مقررات، مدت مزبور به عنوان سابقه خدمت قابل قبول از لحاظ بازنشستگی و وظیفه محسوب خواهد شد.