

فرم تأیید دورکاری

معاونت:	مدیریت:	واحد / اداره:
نام و نام خانوادگی	کد ملی:	مدرک تحصیلی:

ایام هفته	عنوان خدمت با قابلیت دورکاری	شاخص دورکاری مورد توافق مسئول بلافصل و کارمند (چه مدتی برای انجام کار لازم است)	ناظر:
شنبه			
یکشنبه			
دوشنبه			
سه شنبه			
چهارشنبه			

تأیید روزانه مسئول بلافصل				
تاریخ و امضاء	تاریخ و امضاء	تاریخ و امضاء	تاریخ و امضاء	تاریخ و امضاء
امضاء				تأیید هفتگی مدیر واحد:
<input type="checkbox"/> تأیید می شود ← ثبت در پرونده دورکاری		<input type="checkbox"/> تأیید نمی شود ← تبدیل به مرخصی ساعتی تعداد ساعت تأیید نشده:		ثبت نهائی امور اداری یا کارگزینی

بسمه تعالی

«تعهدنامه دور کاری»

نام دستگاه: _____

نام واحد محل خدمت: _____

اینجانب _____ به شماره پرسنلی _____ شاغل در _____

که الف) به صورت داوطلبانه ب) با پیشنهاد دستگاه و موافقت اینجانب متقاضی استفاده از

دور کاری از تاریخ _____ تا تاریخ _____ هستم، بدین وسیله اعلام می نمایم که از

مغاد آیین نامه دور کاری اطلاع کامل داشته و تمهید می نمایم در طی این دوره تمامی مفاد آیین نامه

مزبور و الزاماتی که از طرف دستگاه متبوع خود تعیین گردیده را رعایت نمایم و مسئولیت هرگونه قصور

یا تفصیر احتمالی در این زمینه را تقبل می نمایم.

امضاء

تاریخ

دفتر هیئت دولت