



شرکت آب و فاضلاب استان کردستان

درخواست مرخصی (استحقاقی یا استعلاجی)

..... شماره پرسنلی : ۱- نام و نام خانوادگی : ۲-
..... عنوان پست سازمانی : ۳- واحد سازمانی : ۴-
..... مدت مرخصی درخواستی : روز..... ۵- تاریخ شروع و خاتمه : از لغایت ۶-
<p>۷- نوع مرخصی : الف () استحقاقی مدت مرخصی استحقاقی استفاده شده تا تاریخ درخواست روز و باقی مانده روز می باشد . متصدی امور دفتری کارکنان</p> <p>ب () استعلاجی مدارک پیوست : ۱- گواهی پزشک معالج () ۲- فرم تجویز استراحت تامین اجتماعی (مرخصی های بیشتر از سه روز) () توضیح مرخصی استعلاجی :</p> <p>تاریخ و امضاء درخواست کنند</p>	
<p>۸- نیاز به جایگزین : ندارد () دارد () نام و نام خانوادگی فرد جایگزین : تاریخ و امضاء فرد جایگزین</p>	
<p>۹- اظهار نظر مقام مسئول : () موافقت می شود () موافقت نمی شود . علت عدم موافقت : نام و نام خانوادگی : عنوان پست سازمانی :</p> <p>تاریخ و امضاء مدیر مربوطه</p>	
<p>*مرخصی پس از تعیین مقدار باقی مانده توسط اداره کارکنان و رفاه تایید گردد . *مرخصی استحقاقی سالانه با احتساب ۴ روز جمعه جمعاً یکماه می باشد و برای کار کمتر از یکسال به نسبت کارکرد لحاظ می گردد. * تاییدیه نهایی مرخصی با امضاء مدیر مربوطه معتبر خواهد بود.</p>	