



شماره:

تاریخ:

اداره کل بهداشت مکان خاص

درخواست متقاضی	<p style="text-align: center;">معاون محترم توسعه مدیریت و پشتیبانی با سلام و احترام؛</p> <p>اینجانب کارمند رسمی □ پیمانی □ قراردادی □ به کد ملی و پست سازمانی/عنوان شغل به استناد مفاد قانون کاهش ساعات کار بانوان دارای شرایط خاص موضوع ماده واحده مصوب مجلس شورای اسلامی به شماره ۴۵۸۱۸ مورخ ۹۵/۶/۲۸، با آگاهی کامل از ضوابط و مقررات و مفاد قانون مذکور متقاضی استفاده از کاهش ساعات کار به شرح زیر می باشم. ضمناً اصل و یا گواهی برابر اصل مدارک مربوط به پیوست می باشد. (۱) دارای معلولیت شدید □ یا فرزند معلول به نام به استناد گواهی شماره مورخ (۲) دارای فرزند زیر شش سال تمام به استناد تصویر شناسنامه خود و فرزند از تمامی صفحات □ نام و نام خانوادگی فرزند تاریخ تولد / / (۳) دارای همسر □ یا فرزند □ مبتلا به بیماری صعب العلاج به استناد گواهی شماره مورخ از دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان اردبیل (۴) سرپرست خانوار □ به استناد گواهی شماره مورخ دادگستری مبنی بر تایید سرپرستی خانوار</p> <p>تعهد: در صورتی که درخواست اینجانب به هردلیلی از اعتبار و شرایط لازم برای تداوم پیشنهاد ساقط گردد، موظف به اعلام کتبی موضوع به آن معاونت برای ابطال درخواست خود هستم.</p> <p>پیشنهاد: اول وقت اداری در طوی هفته □ آخر وقت اداری در طول هفته □ سایر(بر اساس مفاد قانون مذکور) □</p> <p style="text-align: center;">امضا و تاریخ</p>
اظهار نظر مسئول مربوط	<p>به استناد مدارک ارائه شده توسط همکار محترم ضمن رعایت ضوابط و مقررات اداری و شرح وظایف ابلاغی به ایشان با درخواست نامبرده مبنی بر کاهش ساعات کاری به شرح زیر موافقت می شود.</p> <p>اول وقت اداری در طول هفته □ آخر وقت اداری در طول هفته □ سایر(بر اساس مفاد قانون مذکور) □</p> <p style="text-align: center;">نام و نام خانوادگی مسئول امضا و تاریخ</p>
تایید مقام مجاز	<p style="text-align: center;">رئیس محترم اداره امور منابع انسانی و پشتیبانی</p> <p>ضمن موافقت با درخواست فوق، مقتضی است با اطلاع رسانی و ابلاغ به همکار متقاضی و معاونت/ واحد محل اشتغال ایشان این برگ و مستندات پیوستی در پرونده مربوطه بایگانی شود.</p> <p style="text-align: center;">معاون توسعه مدیریت و پشتیبانی</p>