**“**{company\_name}**” Məhdud Məsuliyyətli Cəmiyyəti**

{company\_address}

Tel:{company\_tel}

{company\_address}{current\_date}

Aşağıda məlumatları göstərilən işçinin iş vaxtı qısaldısın

**Adı, ata adı və soyadı:** {full\_name}

**Direktorluq:** {structure2}

**Departament:** {structure3}

**Şöbə:** {structure4}

**Sahə / Bölmə :** {structure5}

**Vəzifə:** {structure2}

**İş vaxtının qısaldılmasının əsası:** İşçinin ərizəsi və Azərbaycan Respublikası Əmək Məcəlləsinin 91-ci maddəsinin 2-ci hissəsinə əsasən,1 və ya 2 ci qrup əlil olduğu üçün.

|  |  |
| --- | --- |
| **Başlanğıc tarixi:** | 01.02.2020 |
| **Bitiş tarixi:**  **İş qrafiki:** | ------ |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Növbə** | **Növbənin ümumi müddəti** | **İş vaxtının müddəti** | **İş vaxtının başlama və bitmə müddəti** | **Fasilə və istirahət müddətləri** | **Fasilə və istirahət vaxtları** | **İstirahət günü** |
|  |  |  |  |  |  |  |

Cəmiyyətin müvafiq strukturları əmrin icrasından irəli gələn məsələləri həll etsinlər.

**Baş direktor {enterprise\_head\_fullname}**