



فرم درخواست مرخصی با حقوق بلند مدت

متقاضی

نام و نام خانوادگی شماره کارمند بخش تعداد روز
از تاریخ لغایت تاریخ آدرس محل اقامت در زمان مرخصی

شماره تماس

تاریخ

امضا

فرد جایگزین در طول مرخصی

نام و نام خانوادگی

تاریخ

امضا

مدیر مستقیم

با روز / ماه / مرخصی ایشان موافقت می شود / نمی شود

نام و نام خانوادگی

تاریخ

امضا

معاون بخش

با روز / ماه / مرخصی ایشان موافقت می شود / نمی شود

نام و نام خانوادگی

تاریخ

امضا

واحد کنترل کارکرد

با روز / ماه / مرخصی ایشان موافقت می شود / نمی شود

نام و نام خانوادگی

تاریخ

امضا

شریک راهبردی منابع انسانی

با روز / ماه / مرخصی ایشان موافقت می شود / نمی شود

نام و نام خانوادگی

تاریخ

امضا

معاون منابع انسانی

با روز / ماه / مرخصی ایشان موافقت می شود / نمی شود

نام و نام خانوادگی

تاریخ

امضا

واحد کنترل کارکرد

فرم تایید شده به بخش کنترل کارکرد تحویل گردید.

نام و نام خانوادگی

تاریخ

امضا

حتما پس از بازگشت از مرخصی، رابط خود در منابع انسانی و واحد کارکرد را مطلع فرمایید. چنان چه رابط منابع انسانی و تیم حضور و غیاب از بازگشت شما مطلع نباشند؛ کلیه عواقب آن بر عهده ی خود شخص می باشد.

نام و نام خانوادگی درخواست کننده مرخصی :

تاریخ :

امضا و اثر انگشت :

لطفا فرم تکمیل شده به واحد کنترل کارکرد برگردانده شود.