



سازمان مرکزی

«درخواست مرخصی روزانه»

تاریخ: / /	شماره پرسنلی:
فرم ع ۸ ت (۱۰-۸۹) دفتر تشکیلات و روش ها	
۱- واحد دانشگاهی: دانشگاه آزاد اسلامی واحد ورامین - پیشوا	
۲- شماره مستخدم:	۳- نام:
۳. نام خانوادگی:	۵- عنوان پست سازمانی:
۶- واحد سازمانی:	۷- مدت مرخصی روز
۸- تاریخ شروع و خاتمه مرخصی:	۹- مدارک پیوست (در صورت لزوم)
از لغایت	
۱۰- موضوع مرخصی: <input type="checkbox"/> استحقاقی <input type="checkbox"/> استعلاجی <input type="checkbox"/> بدون حقوق <input type="checkbox"/> دوره های آموزشی <input type="checkbox"/> موارد خاص (<input type="radio"/> ازدواج یا <input type="radio"/> فوت بستگان یا <input type="radio"/> تحصیلی) علت مرخصی بدون حقوق:	
تاریخ: / / امضاء متقاضی:	
۱۱- نظر پزشک معتمد: مرخصی استعلاجی نامبرده به مدت روز مورد تایید می باشد <input type="checkbox"/> نمی باشد <input type="checkbox"/> مهر و امضاء:	
۱۲- اظهار نظر رئیس مربوط:	تایید ریاست / حوزه اداری و مالی:
<input type="checkbox"/> موافقت می شود / <input type="checkbox"/> موافقت نمی شود علت عدم موافقت: نام و نام خانوادگی: عنوان پست سازمانی: تاریخ: / /	
مستخدم باید از طریق مقتضی قبل از درخواست مرخصی استحقاقی خود برای استفاده از مرخصی مورد نظر اطمینان حاصل کند. / در صورت استفاده از مرخصی موارد خاص باید مدارک پیوست باشد. / در صورت درخواست مرخصی استعلاجی گواهی پزشک بایستی پیوست باشد. (ضمناً گواهی پزشک بیش از سه روز باید ظرف مدت ۲۴ ساعت به اداره کارگزینی اعلام گردد.)	



سازمان مرکزی

«درخواست مرخصی روزانه»

تاریخ: / /	شماره پرسنلی:
فرم ع ۸ ت (۱۰-۸۹) دفتر تشکیلات و روش ها	
۱- واحد دانشگاهی: دانشگاه آزاد اسلامی واحد ورامین - پیشوا	
۲- شماره مستخدم:	۳- نام:
۴- نام خانوادگی:	۵- عنوان پست سازمانی:
۶- واحد سازمانی:	۷- مدت مرخصی روز
۸- تاریخ شروع و خاتمه مرخصی:	۹- مدارک پیوست (در صورت لزوم)
از لغایت	
۱۰- موضوع مرخصی: <input type="checkbox"/> استحقاقی <input type="checkbox"/> استعلاجی <input type="checkbox"/> بدون حقوق <input type="checkbox"/> دوره های آموزشی <input type="checkbox"/> موارد خاص (<input type="radio"/> ازدواج یا <input type="radio"/> فوت بستگان یا <input type="radio"/> تحصیلی) علت مرخصی بدون حقوق:	
تاریخ: / / امضاء متقاضی:	
۱۱- نظر پزشک معتمد: مرخصی استعلاجی نامبرده به مدت روز مورد تایید می باشد <input type="checkbox"/> نمی باشد <input type="checkbox"/> مهر و امضاء:	
۱۲- اظهار نظر رئیس مربوط:	تایید ریاست / حوزه اداری و مالی:
<input type="checkbox"/> موافقت می شود / <input type="checkbox"/> موافقت نمی شود علت عدم موافقت: نام و نام خانوادگی: عنوان پست سازمانی: تاریخ: / /	
مستخدم باید از طریق مقتضی قبل از درخواست مرخصی استحقاقی خود برای استفاده از مرخصی مورد نظر اطمینان حاصل کند. / در صورت استفاده از مرخصی موارد خاص باید مدارک پیوست باشد. / در صورت درخواست مرخصی استعلاجی گواهی پزشک بایستی پیوست باشد. (ضمناً گواهی پزشک بیش از سه روز باید ظرف مدت ۲۴ ساعت به اداره کارگزینی اعلام گردد.)	