



سازمان جهاد کشاورزی آذربایجان غربی

بسمه تعالی

فرم درخواست کاهش ساعات کار بانوان شاغل دارای شرایط خاص
بر اساس ماده واحده مصوب مجلس شورای اسلامی به شماره ۴۵۸۱۸ مورخ ۹۵/۶/۲۸

فرم شماره ۴
کمیته سرمایه انسانی
شماره:
تاریخ:

درخواست و پیشنهاد همکار متقاضی

مدیریت محترم امور اداری، رفاه و پشتیبانی سازمان / مدیریت محترم جهاد کشاورزی شهرستان
با سلام و احترام، اینجانبه کارمند رسمی رسمی آزمایشی پیمانی قراردادی شاغل در
..... با کد پرسنلی به شماره و پست سازمانی / قرارداد با عنوان به استناد مفاد قانون
کاهش ساعات کار بانوان شاغل دارای شرایط خاص موضوع ماده واحده مصوب مجلس شورای اسلامی به شماره ۴۵۸۱۸ مورخ ۹۵/۶/۲۸ با آگاهی کامل
از ضوابط، مقررات و مفاد قانون مذکور، متقاضی استفاده از کاهش ساعات کار به شرح زیر می باشم. اصل و یا گواهی برابر اصل مدارک مربوطه پیوست
می باشد.
مدارک پیوستی:
۱- دارای معلولیت شدید و یا دارای فرزند معلول بنام به استناد گواهی شماره مورخ از سازمان بهزیستی
۲- دارای فرزند زیر ۶ سال به استناد تصویر شناسنامه خود و فرزند از تمام صفحات نام و نام خانوادگی فرزند تاریخ تولد
.....
۳- دارای همسر و یا فرزند مبتلا به بیماری صعب العلاج به استناد گواهی شماره مورخ از دانشگاه علوم پزشکی و
خدمات بهداشتی و درمانی و تائیدیه پزشک معتمد سازمان جهاد کشاورزی آذربایجان غربی
۴- سرپرست خانوار به استناد گواهی شماره مورخ دادگستری مبنی بر تائید سرپرستی خانوار توسط دادگاه
تعهد: در صورتیکه به هر دلیلی یکی از موارد چهار گانه مذکور که مورد درخواست اینجانبه بوده، از اعتبار و شرایط لازم برای تداوم پیشنهاد، ساقط گردد موظف
به اعلام کتبی موضوع به آن مدیریت برای ابطال درخواست کاهش ساعات کار هستم.
پیشنهاد: اول وقت اداری در طول هفته آخر وقت اداری در طول هفته یک روز مشخص در هفته (روز)

امضاء و تاریخ

اطلاع نظر بالاترین مقام
واحد محل اشتغال

به استناد مدارک ارائه شده توسط همکار محترمه، ضمن رعایت ضوابط و مقررات اداری و شرح وظایف ابلاغی به ایشان، با درخواست نامبرده مبنی بر پیشنهاد
کاهش ساعات کار به شرح زیر موافقت می شود نمی شود
اول وقت اداری در طول هفته آخر وقت اداری در طول هفته یک روز مشخص در هفته (روز)

نام و نام خانوادگی و سمت:
امضاء و تاریخ

درخواست موافقت با ترتیبات خاص
ورود و خروج

رئیس محترم سازمان جهاد کشاورزی آذربایجان غربی / مدیر محترم جهاد کشاورزی شهرستان
با سلام و احترام
بر اساس مدارک پیوستی که مورد تائید این مدیریت می باشد و نظر موافق معاونت/مدیریت/واحد مربوطه، خواهشمند است در صورت صلاحدید به استناد آئین
نامه ورود و خروج با ترتیبات خاص پیشنهادی با نحوه کاهش ساعات کار همکار محترمه از تاریخ بمدت ماه موافقت فرمائید.
مدیر امور اداری، رفاه و پشتیبانی سازمان/معاون اداری و مالی مدیریت جهاد کشاورزی شهرستان
نام و امضاء

نظر بالاترین مقام مجاز
سازمان یا شهرستان

با درخواست نامبرده موافقت می شود نمی شود
ضروری است ضمن اطلاع رسانی و ابلاغ به معاونت/مدیریت/واحد محل اشتغال همکار متقاضی، این برگ و مستندات پیوستی را اداره کارگزینی و استخدام در پرونده متقاضی بایگانی نمایند.
رئیس سازمان جهاد کشاورزی آذربایجان غربی / مدیر جهاد کشاورزی شهرستان
نام و امضاء

* در صورت عدم ارائه مدارک مورد نیاز و عدم ثبت تاریخ درخواست، این فرم قابل طرح و بررسی نبوده و هیچ حقی برای فرد متقاضی ایجاد نکرده و سازمان، تعهدی برای پذیرش و اعمال
درخواست نخواهد داشت.

** مراجع تائید کننده شرایط خاص فقط دادگستری، سازمان بهزیستی و دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی می باشد.

*** حقوق و مزایای متقاضیان بر اساس چهل و چهار ساعت در هفته تعیین و اعمال خواهد شد. لذا با توجه به کسر ساعات کار به جهت جلوگیری از وقفه در انجام امورات اداری، سرانه اضافه کار
همکار مشمول قانون مذکور در اختیار بالاترین مقام واحد محل اشتغال قرار داده می شود تا با رعایت مفاد ماده ۹۹ قانون مدیریت خدمات کشوری اقدام نماید.