

فرم درخواست مرضی

ع-۱۳(۹-۷۹)ت ۲ سازمان مدیریت و برنامه ریزی کشور

۱- نام دستگاه: دانشگاه کردستان		۲- شماره مستخدم:	
۳- نام:		۴- نام خانوادگی:	
۵- عنوان پست ثابت سازمانی:		۶- واحد سازمانی:	
۷- مدت مرضی:		۸- تاریخ شروع و خاتمه مرضی: از: لغایت:	
۹- مدارک پیوست:		۱۰- نوع مرضی: استحقاقی <input type="checkbox"/> استعلاجی <input type="checkbox"/> بدون حقوق <input type="checkbox"/> علت مرضی بدون حقوق: تاریخ: امضاء	
۱۱- اظهار نظر مقام مسئول: علت عدم موافقت: نام و نام خانوادگی: عنوان پست ثابت سازمانی:		موافقت می شود <input type="checkbox"/> موافقت نمی شود <input type="checkbox"/> تاریخ: امضاء	