



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران

بسمه تعالی

تاریخ :
شماره :
پیوست :

برگ مشخصات کارمندان از کار افتاده

((موضوع برقراری حقوق وظیفه به استناد یکی از مواد (۷۹) و یا (۸۰) قانون استخدام کشوری))

۱- وزارت / دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بیرجند		۲- کد ملی :	
۳- نام : خانم / آقای		۴- نام خانوادگی :	
۵- نام پدر :		۶- تاریخ تولد :	
۷- شماره شناسنامه :		۸- وضعیت تاهل : ☐ متاهل ☐ مجرد	
۹- تعداد فرزند :		۱۰- آدرس محل سکونت فعلی :	
۱۱- محل خدمت : دهستان ☐ بخش ☐ شهرستان ☐ استان ☐		۱۲- عنوان پست سازمانی :	
۱۳- جمع سنوات خدمت : روز ماه سال		۱۴- میزان حقوق و فوق العاده های مندرج در آخرین حکم کارگزینی :	
۱۵- ماده مورد استناد ☐ ۷۹ ☐ ۸۰		۱۶- نوع بیماری منجر به از کار افتادگی :	
۱۷- تاریخ شروع بیماری :		۱۸- متن نظریه کمیسیون یا شورای پزشکی استان :	
۱۹- نظریه واحد محل خدمت در مورد از کارافتادگی کارمند :			
۲۰- وضعیت مرخصی استفاده شده در رابطه با بیماری منجر به از کارافتادگی کارمند : (استعلاجی : روز) (استحقاقی : روز) (بدون حقوق : روز)			
۲۱- نام و نام خانوادگی مدیر کل امور اداری یا عناوین مشابه همتراز : تاریخ : / / امضاء :			
۲۲- نظریه کارشناس امور دبیرخانه ای شورا : نام و نام خانوادگی : تاریخ : / / امضاء :			
۲۳- نتیجه تصمیم جلسه مورخه شورای توسعه مدیریت و سرمایه انسانی : ☐ مورد تصویب قرار گرفت ☐ مورد تصویب قرار گرفت ☐ سایر موارد			



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران

بسمه تعالی

تاریخ :

شماره :

پیوست :

درخواست از کار افتادگی کارمند

((موضوع برقراری حقوق وظیفه به استناد یکی از مواد (۷۹) و یا (۸۰) قانون استخدام کشوری))

اینجانب (با مشخصات مندرج در روی فرم) با توجه به اینکه توانایی ادامه خدمت ندارم تقاضای از
کار افتادگی ☐ عادی / ☐ به سبب انجام وظیفه به استناد ماده ۷۹ / ۸۰ قانون استخدام کشوری را دارم .

امضاء :

تاریخ : / /