

شماره:

تاریخ:

پیوست:

بسمه تعالی

فرم درخواست استفاده از کاهش ساعت کاری بانوان دارای شرایط خاص

در اجرای بخشنامه شماره ۵/د/۸۶۶۳۴ مورخه ۹۵/۸/۹ قانون کاهش ساعت کاری بانوان شاغل دارای شرایط خاص، اینجانب فرزند دارای شناسنامه شماره صادره از با کد ملی که تحت عنوان (پست سازمانی / عنوان شغل) به صورت رسمی ☐ پیمانی ☐ قراردادی ☐ سایر ☐ در معاونت/بیمارستان/شبکه بهداشت و درمان اشتغال بکار دارم، درخواست استفاده از کاهش ساعت کاری بانوان بر اساس توافق بعمل آمده با مسئول مربوطه و با در نظر گرفتن شرایط مندرج به بشرح ذیل را دارم ، خواهشمند است دستور فرمائید اقدام لازم برابر مقررات معمول گردد.

تذکره: بانوانی که براساس سایر مقررات از امتیاز کاهش ساعت کاری بهره مند هستند تا زمانی که از قانون مزبور استفاده می کنند امکان استفاده همزمان کاهش ساعت کاری موضوع (قانون ارتقاء بهره وری - قانون کار با اشعه - قانون حمایت از معلولان - بابت پرستاری از جانبازان) مقدور نمی باشد.

نوع کاهش ساعت کاری (روزانه / ساعتی)	تعیین روز مورد توافق	تعیین ساعت مورد توافق (یک ساعت در روز)	تاریخ شروع	تاریخ اتمام	علل استفاده از کاهش ساعت کاری بانوان

نام و نام خانوادگی متعهد

امضاء و اثر انگشت

با توجه به مستندات ارائه شده (پیوستی) نامبرده واجد شرایط استفاده از مزایای کاهش ساعت کاری پیش بینی شده در قانون مذکور بشرح جدول مذکور می باشند.

مسئول بخش/واحد

مسئول کارگزینی