



فرم اطلاعات کمیته نقل و انتقالات
مدیریت امور پشتیبانی و رفاهی و تأمین تجهیزات پزشکی

الف) تکمیل این قسمت توسط واحد مبدا

۱) اطلاعات فردی

نام و نام خانوادگی	پست سازمانی/عنوان شغلی مندرج در حکم
مدرک تحصیلی	رشته تحصیلی
تاریخ تولد	وضعیت تأهل
شماره تلفن همراه	سابقه خدمت
نوع استخدام	تاریخ استخدام
واحد مبدا	واحد مقصد
عنوان شغلی در واحد مبدا (ابلاغ انشائی)	عنوان شغلی پیشنهادی در واحد مقصد

۲) سوابق کاری (رزومه کاری)

- ۱).....(۳).....
۲).....(۴).....

۳) نوع درخواست: ماموریت تمدید ماموریت انتقال جابجایی همکاری

۴) نوع خدمات ارائه شده توسط فرد در واحد مبدا: درمانی پشتیبانی خدماتی / کارشناسی کاردانی

۵) برآورد نیروی انسانی:

تعداد نیروی انسانی موجود در حوزه فعالیت فرد:..... تعداد نیروی انسانی مورد نیاز در حوزه فعالیت فرد(.....):
نیروی جایگزین مورد نیاز است نیاز به نیروی جایگزین نمی باشد نام و نام خانوادگی نیروی جایگزین:.....

۶) علت جابجایی:

درخواست فرد جهت جابجایی:
مشکلات خانوادگی (تبعیت از همسر-نگهداری از فرزند-بیماری افراد درجه یک خانواده و)
افزایش میزان مزایای دریافتی
فاصله محل خدمت تا محل سکونت بیماری و ناتوانی جسمانی ارتباط شغل با مدرک تحصیلی (اشتغال در زمینه تحصیلی)
درخواست واحد محل خدمت جهت جابجایی فرد:
عدم هماهنگی با مسؤولین عدم کارایی و بی مسؤولیتی تمرد از دستور مافوق و عدم اجرای شرح وظایف بی انضباطی
اعلام نظر گزینش اعلام نظر حراست نیروی مازاد

مسئول کارگزینی واحد

مسئول واحد

مدیر واحد

محل امضاء

محل امضاء

محل امضاء

ب) تکمیل این قسمت توسط واحد مقصد

عنوان شغلی پیشنهادی در واحد مقصد	عنوان و شماره پست اعلام شده از واحد مقصد
برنامه کوتاه مدت و بلند مدت در واحد مقصد	

علت بکارگیری نیرو:

خروجی (بازنشسته ، انفصال اخراج از کار افتاده
 نیرو از ابتدا در این مرکز اشتغال داشته ولی به علت تبدیل وضعیت مراحل نقل و انتقالات برای ایشان باید اجرا گردد.

برآورد نیروی انسانی:

تعداد نیروی انسانی موجود در حوزه فعالیت فرد:..... تعداد نیروی انسانی مورد نیاز در حوزه فعالیت فرد:.....
محل خدمت در مبدا متناسب با شغل و تخصص و مدرک تحصیلی وی است؟

مسئول کارگزینی واحد

مسئول واحد

مدیر واحد

محل امضاء

محل امضاء

محل امضاء