

## فرم درخواست استمرار خدمت کارکنان در اجرای تبصره ۲ ماده ۱۰۳ قانون مدیریت خدمات کشوری

۱- نام خانوادگی:	۲- نام:	۳- تاریخ تولد:																		
۴- عنوان پست سازمانی:	۵- سمت فعلی:	۶- واحد سازمانی:																		
۷- محل خدمت:	۸- سنوات خدمت:	۹- سنوات بازنشستگی:																		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">روز</td> <td style="width: 33%;">ماه</td> <td style="width: 33%;">سال</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	روز	ماه	سال				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">روز</td> <td style="width: 33%;">ماه</td> <td style="width: 33%;">سال</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	روز	ماه	سال				<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">روز</td> <td style="width: 33%;">ماه</td> <td style="width: 33%;">سال</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	روز	ماه	سال			
روز	ماه	سال																		
روز	ماه	سال																		
روز	ماه	سال																		
۱۱- نوع صندوق بازنشستگی: سازمان تأمین اجتماعی <input type="checkbox"/> صندوق بازنشستگی کشوری <input type="checkbox"/>		۱۲- مدت مرخصی استحقاقی ذخیره شده: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">روز</td> <td style="width: 33%;">ماه</td> <td style="width: 33%;">سال</td> </tr> <tr> <td style="height: 20px;"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	روز	ماه	سال															
روز	ماه	سال																		
۱۳- مدرک تحصیلی:	۱۴- وضعیت ایثارگری:	۱۵- تاریخ بازنشستگی قبل از استمرار: ۱۶- مدت استمرار قبلی:																		
۱۷- اینجانب..... متقاضی استمرار خدمت در اجرای تبصره ۲ ماده ۱۰۳ قانون مدیریت خدمات کشوری می باشم . امضاء																				
۱۸- ارسال درخواست مستخدم توسط مدیر شبکه یا رئیس مرکز درخواست آقای / خانم..... مبنی بر استمرار خدمت با استفاده از بند فوق الذکر دستورالعمل بنا به دلایل ذیل جهت طرح در کمیته و اتخاذ تصمیم ارسال می گردد. ۱۸-۱) معدل ارزیابی عملکرد ۵ سال آخر خدمت: ۱۸-۲) وجود رأی محکومیت در هیأت رسیدگی به تخلفات اداری در ۱۰ سال آخر خدمت آری <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> *(دلایل کارشناسی : ذکر عواملی نظیر داشتن تجربه، مهارت، تخصص خاص که به اختصار توضیح داده شود).																				
نام و نام خانوادگی: حوزه ستادی مستخدم: مهر و امضا	نام و نام خانوادگی: بالاترین مقام واحد مربوطه: مهر و امضا																			
نظریه کمیته استمرار خدمت کارکنان دانشگاه																				
با درخواست آقای / خانم..... موافقت نمی گردد <input type="checkbox"/>																				
تا تاریخ..... مشروط به ..... موافقت می گردد <input type="checkbox"/>																				
دکتر شاهین شیرانی رئیس دانشگاه علوم پزشکی مهر و امضاء	دکتر محسن مصلحی معاون توسعه مدیریت و منابع مهر و امضاء	سیدمرتضی هاشمی مدیر منابع انسانی مهر و امضاء																		