**باسمه تعالي**

**پيوست شماره (3)**

 **برگ مشخصات کارمندان از کار افتاده**

**موضوع: برقراری حقوق وظیفه به استنناد یکی از مواد (79) و یا (80) قانون استخدام کشوری**

|  |  |
| --- | --- |
| **1- وزارت/ مؤسسه:**  | **2- شماره ملي:**  |
| **3- نام:**  | **4- نام خانوادگي:‌**  | **5- نام پدر:**  |
| **6- شماره شناسنامه:**  | **7- تاريخ تولد:** | **8- وضعيت تأهل: 🌕 متأهل 🌕 مجرد** | **9- تعداد فرزند:**  |
| **10- نشاني محل سكونت فعلي:**  **شماره تلفن:**  |
| **11- محل جغرافيايي خدمت: دهستان: بخش: شهرستان: استان:**  |
| **12- عنوان پست سازماني:**  | **13- جمع سنوات خدمت: روز: ماه: سال:**  |
| **14- میزان حقوق و فوق العاده های مندرج در آخرین حکم کارگزینی: مبلغ ریال**  |
| **15- ماده مورد استناد: 🌕 79 🌕 80**  |
| **16- نوع بیماری منجربه از کارافتادگی:**  | **17- تاریخ شروع بیماری:**  |
| **18- متن نظریه کمیسیون یا شورای پزشکی استان:**  |
| **19- نظریه واحد محل خدمت در مورد از کار افتادگی:** **امضاء رئیس واحد**  |
| **20- وضعیت مرخصی استفاده شده دررابطه با بیماری منجر به از کار افتادگی:** **(استعلاجی: روز) (استحقاقی روز) (بدون حقوق: روز)** |
| **21- نام و نام خانوادگی مدیر کل امور اداری یا عناوین مشابه همتراز:** **سیدمرتضی هاشمی****مدیر منابع انسانی****تاریخ: / / امضاء** |
| **22- نظریه کارشناس کمیته مصوبات حقوق وظیفه و ارفاقی جانبازان:** **نام و نام خانوادگی: تاریخ: / / امضاء**  |
| **23- نتیجه تصمیم جلسه مورخ کمیته موضوع بخشنامه شماره 37163/91/204 مورخ 21/9/1391**  **🌕مورد تصویب قرار گرفت 🌕مورد تصویب قرار نگرفت**  |

**توجه: تکمیل درخواست از کارافتادگی مندرج در ظهر فرم الزامی است.**

**درخواست از کارافتادگی کارمند**

**موضوع: برقراری حقوق وظیفه به استنناد یکی از مواد (79) و یا (80) قانون استخدام کشوری**

|  |
| --- |
| **اینجانب .............................................. (با مشخصات مندرج در روی فرم) با توجه به اینکه توانایی ادامه خدمت ندارم تقاضای از کار افتادگی به استناد قانون استخدام کشوری را دارم.** 7980**تاریخ: امضاء :** |