



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی بیرون

کمیته نقل و انتقالات

(فرم درخواست انتقال ، مامور بخدمتی و جابجایی داخل استان)

فرم شماره (۲)

عنوان پست سازمانی :	نام و نام خانوادگی متقاضی :	
نقاضا : جابجایی در داخل استان ۱- ماموریت برای اولین بار ۲- تمدید مامور بخدمتی ۳- انتقال دائم		
واحد مقصد متقاضی :	واحد مبدأ :	
نوع استخدام :	شغل همسر:	
تاریخ	ساقیه خدمت در آخرين وضعیت استخدامی (بدون احتساب سربازی، طرح ، فراردادی یا شرکتی) سال ماه روز)	

از : واحد خدمتی (مبدأ) به : واحد مورد نقاضا (مقصد)	
<p>سلام علیکم / احتراما با علم و آگاهی از شرایط و مفاد دستورالعمل نقل و انتقال دانشگاه ، در تاریخ کمیته نقل و انتقالات این واحد با :</p> <p><input type="checkbox"/> مامور بخدمتی <input type="checkbox"/> به مدت به محل مورد نقاضا متقاضی :</p> <p><input type="checkbox"/> (بدون شرط موافقت دارد). <input type="checkbox"/> (مشروط به موافقت دارد). <input type="checkbox"/> (مخالفت دارد)</p> <p>در صورت استفاده از تبصره برای استثنای شدن از شرط حداقل ۵ سال ساقیه خدمتی، برابر شرایط دستورالعمل مدارک مربوطه پیوست گردد.</p> <p><input type="checkbox"/> دستورالعمل (مستندات پیوست میباشد)</p> <p>نام و نام خانوادگی بالاترین مقام مسؤول واحد :</p> <p>شماره و تاریخ :</p> <p>مهر و امضا :</p> <p>(پس از تکمیل فرم مربوطه در واحد محل خدمت ، فرم اسکن و پس از ثبت شماره و تاریخ از طریق اتوماسیون ارسال گردد)</p>	
از : واحد مورد نقاضا (مقصد) به : معاونت محترم (تحت پوشش)	
<p>سلام علیکم / احتراما با علم و آگاهی از شرایط و مفاد دستورالعمل نقل و انتقال دانشگاه، در تاریخ کمیته نقل و انتقالات واحد با :</p> <p><input type="checkbox"/> با ماموریت ورودی نامبرده بمدت ماه موافقت دارد .(با اطلاع از اینکه حداقل مدت ماموریت ۶ماه و حداقل ۲ سال میباشد)</p> <p><input type="checkbox"/> با انتقال ورودی موافقت داشته و پست سازمانی شماره با عنوان برای نامبرده پیشنهاد می گردد.</p> <p>نام و نام خانوادگی بالاترین مقام مربوطه :</p> <p>تاریخ :</p> <p>مهر و امضا :</p>	
از معاونت تحت پوشش :..... به: معاونت محترم توسعه مدیریت و منابع دانشگاه	
<p>سلام علیکم / احتراما با علم و آگاهی از شرایط و مفاد دستورالعمل نقل و انتقال دانشگاه، در تاریخ کمیته نقل و انتقالات واحد با :</p> <p><input type="checkbox"/> با ماموریت خروجی نامبرده بمدت ماه موافقت دارد .(با اطلاع از اینکه حداقل مدت ماموریت ۶ماه و حداقل ۲ سال میباشد)</p> <p><input type="checkbox"/> با انتقال نامبرده موافقت داشته و پست سازمانی شماره با عنوان برای نامبرده پیشنهاد می گردد.</p> <p>نام و نام خانوادگی بالاترین مقام معاونت مربوطه :</p> <p>تاریخ مهر و امضا :</p>	