



برگه درخواست مرخصی بدون حقوق اعضای هیأت علمی علوم پایه
(مرخصی بیش از ۸۹ روز)

مشخصات متقاضی

نام و نام خانوادگی: گروه آموزشی: مرتبه علمی: پایه نوع استخدام

مشخصات درخواست مرخصی

نام مرکز محل خدمت: به مدت روز/ ماه

تاریخ شروع: تاریخ پایان:

نظریه گروه	نظر مدیر گروه ☐ موافق ☐ مخالف ☐ مشروط نام و نام خانوادگی: مهر و امضاء: تاریخ: توضیحات:	
	نظر معاون آموزشی دانشکده ☐ موافق ☐ مخالف ☐ مشروط نام و نام خانوادگی: مهر و امضاء: تاریخ: توضیحات:	
شورای آموزشی	نظر شورای آموزشی دانشگاه ☐ موافق ☐ مخالف ☐ مشروط نام و نام خانوادگی: مهر و امضاء معاون آموزشی دانشگاه: تاریخ: توضیحات: شماره صورتجلسه تاریخ:	
	نظر هیأت رئیسه دانشگاه ☐ موافق ☐ مخالف ☐ مشروط نام و نام خانوادگی: مهر و امضاء رئیس دانشگاه: تاریخ: توضیحات: شماره صورتجلسه تاریخ:	