

بسمه تعالی

تعهدنامه دور کاری دانشگاه علوم پزشکی شیراز

نام واحد محل خدمت:

این جانب به شماره پرسنلی با سمت سازمانی شاغل در که به صورت داوطلبانه متقاضی استفاده از دور کاری هستم، بدین وسیله اعلام می‌نمایم که از مفاد آیین نامه دور کاری اطلاع کامل داشته و تعهد می‌نمایم در طی این دوره تمامی مفاد آیین نامه مزبور و الزاماتی که از طرف دستگاه متبوع خود تعیین گردیده را رعایت نمایم و مسؤلیت هرگونه قصور یا تقصیر احتمالی در این زمینه را تقبل می‌نمایم. شرایط دور کاری که این جانب متعهد به اجرای آن می‌شوم و در صورت عدم اجرای هر یک دانشگاه حق دارد روز / روزهای مذکور را از مرخصی استحقاقی این جانب کسر نماید، عبارتند از:

۱. در صورت تأیید بالاترین مقام مرکز / واحد محل خدمت مبنی بر اینکه شرح وظایف این جانب قابل ارائه به شیوه دور کاری است، از دور کاری استفاده نمایم.
۲. با توجه به عدم امکان ارائه وسایل و تجهیزات لازم توسط دانشگاه به افراد، افراد در صورت تمایل به دور کاری ملزم به استفاده از وسایل شخصی خود برای ارائه خدمات هستند؛ و تأیید گزینه داوطلبانه به معنای پذیرش این امر است.
۳. در صورتی که در زمان دور کاری هرگونه سوءاستفاده از سامانه و اطلاعات مرتبط با حوزه کاری این جانب صورت پذیرد، مسؤلیت پاسخگویی مستقیم آن را پذیرفته و متعهد می‌گردم که برابر مقررات با این جانب برخورد شود.
۴. نسبت به پاسخگویی تلفنی (شماره تماس اعلام شده توسط این جانب) و الکترونیکی (سامانه مرتبط و موجود) در ساعت اداری و در صورت نیاز ساعت غیراداری (زمان معمول اضافه کار) بنا بر صلاح دید مدیر متعهد هستم. در صورت نیاز به حضور فیزیکی طبق نظر مدیر، در محل خدمت حاضر خواهم شد.
۵. متعهد می‌گردم نسبت به دریافت مزاد بر حقوق و مزایای روتین (متناسب با کمیت و کیفیت کارکرد) تقاضایی نداشته باشم.
۶. خود را ملزم به ارائه گزارش روزانه یا هفتگی بنا بر تشخیص و موافقت مدیر بلافاصله و بالاترین مقام مرکز دانسته و فایل گزارش دور کاری را طبق فرم پیوست تکمیل و در زمان مشخص شده ارائه خواهم نمود. می‌پذیرم که دور کاری بر اساس گزارش عملکرد و پایش آن تأیید شود.
۷. چنانچه به دلیل مشکلات شخصی امکان دور کاری نداشته باشم موظفم به مدیر بلافاصله اطلاع داده و در روز/روزهای مذکور از مرخصی استحقاقی استفاده نمایم.

امضاء و تاریخ - شماره تماس

نظر مسئول مستقیم و بالاترین مقام مرکز

امضا و تاریخ بالاترین مقام مرکز	با درخواست نامبرده تا تاریخ جهت روزهای (..... روز در هفته) موافقت گردید. امضا و تاریخ مسئول مستقیم
------------------------------------	---