

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 آیین‌نامه دور کاری اطلاع کامل داشته و تعهد می‌نمایم در طی این دوره تمامی مفاد آیین‌نامه مزبور و الزاماتی که از طرف دستگاه متبوع خود تعیین گردیده را رعایت نمایم و مسئولیت 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:
- 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.
 - 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.
 - در صورتی که در زمان دور کاری هرگونه سوءاستفاده از سامانه و اطلاعات مرتبط با حوزه کاری این جانب صورت پذیرد، مسئولیت پاسخگویی مستقیم آن را پذیرفته و متعهد می‌گردم که برابر مقررات با این جانب برخورد شود.
 - 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.
 - متعهد می‌گردم نسبت به دریافت مزاد بر حقوق و مزایای روتین (متناسب با کمیت و کیفیت کارکرد) تقاضایی نداشته باشم.
 - خود را ملزم به ارائه گزارش روزانه یا هفتگی بنا بر تشخیص و موافقت مدیر بلافاصل 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.
 - چنانچه به دلیل مشکلات شخصی امکان دور کاری نداشته باشم موظفم به مدیر بلافاصل 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
------------------------------------	---