



فرم درخواست دور کاری

شماره سند: FM-HR-16/01

تاریخ: / / 13

پیوست:

صفحه: 1 از 1

اینجانب به شماره پرسنلی با سمت سازمانی شاغل در در شرایط بحرانی بیماری کرونا (COVID19)، که متقاضی استفاده از دور کاری هستم، بدین وسیله اعلام می نمایم که از شرایط دور کاری اطلاع کامل داشته و تعهد می نمایم در طی این دوره تمامی الزاماتی که از طرف شرکت بیمه آرمان تعیین گردیده را رعایت و مسئولیت هرگونه قصور یا تقصیر احتمالی در این زمینه را تقبل می نمایم.

تعهدات:

شرایط دور کاری همان شرح وظایف عادی اینجانب بوده و در صورت عدم اجرای وظایف محوله از طرف شرکت مطیع تصمیم کمیته انضباط کار شرکت مورد تائید هیات عامل می باشم.

1. تمکین به نظر شرکت دال بر حائز یا عدم حائز شرایط بودن نوع شغل، وظیفه و مسئولیت اینجانب در قالب طرح دور کاری
2. تامین و تهیه ابزار و وسایل الکترونیکی اعم از سخت افزار و نرم افزار های لازم جهت انجام امور محوله در ساعات دور کاری
3. پاسخگویی و قبول مسئولیت نسبت به هرگونه سوء استفاده و یا مراتب تبعی در این خصوص، در زمان استفاده از اطلاعات در دسترس از طریق اینترنت و نرم افزارهای کاری در ساعات دور کاری
4. با توجه به حساسیت فعالیت بیمه گری و جهت پاسخگویی مطلوب به امور زیاندیدگان، به هر دلیل در صورت نقص سیستم سخت افزار و نرم افزاری اینجانب، به تشخیص شرکت در زمان های ضروری نسبت به حضور فیزیکی وفق ساعات کاری مقرر اقدام خواهم نمود.
5. پاسخگویی تلفنی (شماره تماس اعلام شده توسط اینجانب در ذیل این فرم) و الکترونیکی (شماره پیام رسان WhatsApp و سامانه مکاتبات اداری شرکت بیمه آرمان) در ساعات اداری مقرر و در صورت نیاز به کار در ساعات غیراداری (زمان معمول اضافه کار) بنا بر صلاحدید و تائید مدیر، متعهد هستم.
6. ارائه گزارش روزانه یا هفتگی بنا بر تشخیص و موافقت مدیر و ارسال فایل گزارش دور کاری طبق نظر مدیر مستقیم در زمان مشخص شده
7. چنانچه به دلیل مشکلات شخصی امکان دور کاری نداشته باشم موظف می باشم به مدیر مستقیم اطلاع داده و در روز یا روزهای مذکور در صورت وجود مرخصی استحقاقی و صرفا پس از تایید مدیریت منابع انسانی، از این حق استفاده نمایم.

تاریخ و امضاء

درخواست کننده

با درخواست نامبرده تا تاریخ بمنظور دور کاری در روزها / تاریخ های موافقت گردید .

نام و نام خانوادگی / امضاء

مدیر مستقیم

با درخواست نامبرده تا تاریخ بمنظور دور کاری در روزها / تاریخ های موافقت می گردد
موافقت نمی گردد
توضیحات:

نام و نام خانوادگی / امضاء

مدیریت منابع انسانی