

**PERMOHONAN KEMUDAHAN CUTI MENJAGA ANAK YANG DIKUARANTIN ATAU
MEMERLUKAN PENGASINGAN**

Arahan: Maklumat hendaklah dilengkapkan dengan **jelas** dan menggunakan **huruf besar**.

BAHAGIAN I: BUTIRAN DIRI PEGAWAI

1. Nama Penuh : _____
2. No. Kad Pengenalan : _____
3. Jawatan : _____
4. Gred : _____

BAHAGIAN II: BUTIRAN ANAK

5. Nama Anak : _____
6. No. Kad Pengenalan/
MyKid/No. Sijil Kelahiran/
Sijil Pendaftaran Pengangkatan : _____
7. Umur Anak: _____ tahun _____ bulan (pada tarikh kuarantin)
8. Hubungan dengan Pegawai:

<input type="checkbox"/>	Anak kandung
<input type="checkbox"/>	Anak tiri tanggungan
<input type="checkbox"/>	Anak pelihara
<input type="checkbox"/>	Anak angkat <i>de facto</i>
<input type="checkbox"/>	Anak angkat
<input type="checkbox"/>	Anak jagaan
9. Perakuan Kuarantin adalah seperti di lampiran
(Sila sertakan Perakuan Kuarantin yang dikeluarkan oleh Pegawai Perubatan Kerajaan/swasta)

BAHAGIAN III: PENGESAHAN PEGAWAI

10. Saya dengan ini mengesahkan bahawa maklumat sebagaimana yang dinyatakan di **Bahagian I dan II adalah benar**. Sehubungan itu, saya memohon Kemudahan Cuti Menjaga Anak Yang Dikuarantin Atau Memerlukan Pengasingan selama _____ hari, pada/mulai _____ sehingga _____

Tandatangan : _____ Tarikh : _____

BAHAGIAN IV: PENGESAHAN DAN KEPUTUSAN KETUA JABATAN

KEGUNAAN

11. Permohonan Kemudahan Cuti Menjaga Anak Yang Dikuarantin Atau Memerlukan Pengasingan bagi pegawai adalah **DILULUSKAN/ TIDAK DILULUSKAN*** pada/mulai _____ sehingga _____

Tandatangan :

Nama dan jawatan :

Tarikh :

**potong mana yang tidak berkenaan*

**PERAKUAN KUARANTIN OLEH PEGAWAI PERUBATAN KERAJAAN / SWASTA
(SURAT EDARAN JPA.SARAAN (S) 43/35 JLD.12 (8) : PENAMBAHBAIKAN KEMUDAHAN CUTI
KUARANTIN)**

Kepada:

Pendaftar

Universiti Utara Malaysia
06010 UUM Sintok
Kedah Darul Aman
Malaysia

Tuan,

Adalah dengan ini, saya mengesahkan bahawa (nama pesakit) _____
_____ dengan nombor Kad Pengenalan/ MyKid/ Sijil Kelahiran/
Sijil Pendaftaran Pengangkutan _____ telah dijangkiti;

<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

Penyakit Tangan, Kaki dan Mulut

Demam Denggi dan Demam Denggi Berdarah

Campak (*Measles*)

Chickenpox

Difteria

Malaria

Lain-lain penyakit berjangkit yang diperakukan oleh Pegawai Perubatan Kerajaan atau swasta

**Nota: Tanda mana-mana yang berkenaan*

2. Tempoh perakuan kuarantin bagi tujuan pengawalan penyakit tersebut adalah mulai _____ hingga _____ (tempoh berjangkit).

**Nota: Tempoh perakuan adalah berdasarkan keadaan pesakit berada di dalam tempoh berjangkit.*

Tandatangan:

Nama dan jawatan Pegawai Perubatan :

Cop rasmi :

Tarikh :