

فرم درخواست بازنشستگی

بر اساس بند ۳ ماده (۲۰) قانون حفاظت در برابر اشعه

مصوب ۱۳۶۸/۰۱/۲۰ مجلس شورای اسلامی

۱- نام دستگاه : دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی استان اصفهان		۲- شماره مستخدم:
۳- نام:	۴- نام خانوادگی:	۵- شماره ملی:
۶- تاریخ تولد:	۷- مدرک تحصیلی:	۸- نوع استخدام:
۹- پست سازمانی :	۱۰- سمت:	۱۱- نوع صندوق : ☐ سازمان تامین اجتماعی ☐ صندوق بازنشستگی کشوری
۱۲- واحد محل خدمت:	۱۳- سنوات خدمت بازنشستگی:	۱۴- حالت مستخدم:
۱۵- اینجانب با مشخصات فوق به دلیل: متقاضی بازنشستگی قانون فوق الذکر از تاریخ می باشم. امضاء		
۱۶- ضمناً با آگاهی از پرداخت با تاخیر پاداش بازنشستگی توسط سازمان برنامه و بودجه کشور، متقاضی بازنشستگی بوده و هیچ گونه ادعایی دراین خصوص نخواهم داشت. امضاء		
۱۷- جمع آخرین حقوق و مزایا:		۱۸- برآورد هزینه سنوات ارفاقی (حداکثر تا ۳۰ سال)
۱۹- نظریه مدیر / رئیس واحد:		دکتر فریبرز خورش معاون درمان
دکتر علی صفدریان سرپرست مدیریت منابع انسانی	مجید سرایانی مدیر برنامه ریزی بودجه و پایش عملکرد	دکتر محسن مصلحی معاون توسعه مدیریت و منابع دانشگاه
بالاترین مقام دستگاه دولتی یا فرد مجاز از جانب ایشان نام و نام خانوادگی: دکتر شاهین شیرانی رئیس دانشگاه موافقت می شود ☐ موافقت نمی شود ☐		