

شماره:

برتهای

تاریخ:

فرم درخواست بازنشستگی به استناد قانون مشاغل سخت و زیان آور

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- جمع آخرین حقوق و مزایا:

۱۶- اینجانب با مشخصات فوق به دلیل
☐ با علم و آگاهی کامل از مفاد تبصره ۴ بند ۵ آیین نامه اجرایی قانون نحوه بازنشستگی جانبازان انقلاب اسلامی و جنگ تحمیلی و معلولین عادی و شاغلین مشاغل سخت و زیان آور که در ذیل نقل گردیده، متقاضی بازنشستگی در اجرای قانون مزبور، از تاریخ می باشم.

(تبصره ۴ ماده ۵ آیین نامه اجرایی قانون مزبور: کسور بازنشستگی سهم دانشگاه توسط دستگاه و سهم مستخدم برحسب مدت سنوات ارفاقی توسط مستخدم با رعایت سایر قوانین و مقررات مربوط محاسبه و به حساب صندوق بازنشستگی مزبور واریز خواهد شد).

امضاء:

۱۷- ☐ 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:

۱۸- برآورد هزینه سنوات ارفاقی (حداکثر تا ۳۰ سال)

۱۹- ☐ نظریه مدیر/ رئیس واحد :

امضاء:

۲۰- نظریه حوزه ستادی مستخدم :

امضاء

۲۱- نظریه کمیته بازنشستگی :

دکتر محسن مصلحی معاون توسعه مدیریت و منابع دانشگاه	مجید سرایانی مدیر برنامه ریزی بودجه و پایش عملکرد	دکتر علی صفدریان سرپرست مدیریت منابع انسانی
---	--	--

بالاترین مقام دستگاه دولتی یا فرد مجاز از جانب ایشان

☐ موافقت می شود

☐ موافقت نمی شود

رئیس دانشگاه

نام و نام خانوادگی: دکتر شاهین شیرانی

امضاء: