**بسمه تعالي**

شماره: .....................................

تاریخ: .....................................

 فرم درخواست بازنشستگي به استناد بند ب تبصره یک ماده 103 قانون مدیریت خدمات کشوری

|  |  |
| --- | --- |
| **1-نام دستگاه : دانشگاه علوم پزشكي و خدمات بهداشتي درماني استان اصفهان** | **2- شماره مستخدم:**  |
| **3- نام:**  | **4- نام خانوادگی:**  | **5- شماره ملی:** |
| **6- تاریخ تولد:**  | **7- مدرک تحصیلی:** | **8-نوع استخدام:** |
| **9- پست سازمانی:** | **10- سمت:** | **11-نوع صندوق : 󠅆 ❑ سازمان تامین اجتماعی ❑ صندوق بازنشستگی کشوری** |
| **12-واحد محل خدمت:** | **13- سنوات خدمت بازنشستگی:** |
| **14-حالت مستخدم:** | **15-جمع آخرین حقوق و مزایا:** |
| **16- اینجانب با مشخصات فوق به دلیل .........................................................................................................................................................** **❑ با علم و آگاهی کامل از قوانین و مقررات بازنشستگی متقاضی بازنشستگی به استناد بند ب تبصره یک ماده 103 قانون مدیریت خدمات کشوری مصوب 08/07/1386 (حداقل بیست و پنج سال سابقه خدمت با بیست و پنج روز حقوق) از تاریخ ...................... می باشم.** **امضاء:****17-❑ضمنا 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:** **18-نظریه مدیر/ رئیس واحد :****امضاء:** |
| **19- نظریه حوزه ستادی مستخدم:**  **امضاء:** |
| **20- نظریه کمیته بازنشستگی :** |
| **دکتر علی صفدریان****سرپرست مدیریت منابع انسانی** | **مجید سرایانی****مدیر برنامه­ریزی بودجه و پایش عملکرد** | **دکترمحسن 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 نمی‌شود 🖵**  **امضاء:**  |