**باسمه تعالي**

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

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

فرم درخواست بازنشستگي

بر اساس بند 3 ماده (20) قانون حفاظت در برابر اشعه

مصوب 20/01/1368 مجلس شورای اسلامی

|  |  |
| --- | --- |
| **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- اینجانب با مشخصات فوق به دلیل:** **متقاضی بازنشستگی قانون فوق­الذکر از تاریخ می­باشم.** **امضاء****16- 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** |
| **17- جمع آخرین حقوق و مزایا:** | **18- برآورد هزینه سنوات ارفاقی ( حداکثر تا 30 سال ) ..................................................** |
| **19- نظریه مدیر/ رئیس واحد:** |  **دکتر فریبرز خوروش** **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🖵**  |