**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🖵** | | | | | |