**بسمه تعالي**

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

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

فرم درخواست بازنشستگي به استناد قانون مشاغل سخت و زیان آور

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 مفاد تبصره 4 بند 5 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 ....................... می‌باشم.**   |  | | --- | | **(تبصره 4 ماده 5 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:**  **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- برآورد هزینه سنوات ارفاقی ( حداکثر تا 30 سال ) ...................................** | | | | | |
| **19-❑ نظریه مدیر/ رئیس واحد :**  **امضاء:** | | | | | |
| **20- نظریه حوزه ستادی مستخدم :**  **امضاء** | | | | | |
| **21- 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:** | |