**باسمه تعالی**

**شماره:**

**تاریخ:**

**مدیر محترم.......**

با سلام و احترام

اینجانب................................................ به شماره ملی.................................. عنوان پست........................ نوع استخدام.......................... در تاریخ.................... مفاد بخشنامه شماره.......... مورخ............معاون محترم توسعه مدیریت و منابع دانشگاه، منضم به بخشنامه شماره 8733/209/د مورخ 19/09/1401 وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در خصوص نحوه احتساب سوابق بازنشستگی را مطالعه و درخواست خود مبنی بر نحوه احتساب سابقه را به صورت کتبی(پیوست) به اداره /واحد منابع انسانی محل خدمت ارائه نموده و طبق بند (5) شیوه­نامه فوق هیچگونه درخواستی مبنی بر تغییر آن تا زمان بازنشستگی نخواهم داشت.

**نام و نام خانوادگی:**

**امضا:**

**باسمه تعالی**

**شماره:**

**تاریخ:**

**مدیر محترم............**

با سلام و احترام

اینجانب................................................ به شماره ملی............................... که در تاریخ............................. استخدام پیمانی/ رسمی /قراردادکارمعین/طرح پزشک خانواده/خرید خدمت /تبدیل وضعیت استخدامی گردیده­ام، متعهد می­گردم نظر به اینکه سابقه خدمت نظام وظیفه به استناد ماده (105) قانون مدیریت خدمات کشوری و ماده 5 آیین نامه اداری استخدامی کارکنان، در احکام کارگزینی به عنوان سابقه خدمت محاسبه و امتیازات مربوطه به آن را دریافت نموده ام در اسرع وقت نسبت به پرداخت حق بیمه خدمت نظام وظیفه اقدام و عواقب عدم پرداخت آن در زمان بازنشستگی بر عهده اینجانب می­باشد.

**نام و نام خانوادگی:**

**امضا :**

**باسمه تعالی**

**شماره:**

**تاریخ:**

**مدیر محترم............**

با سلام و احترام

اینجانب................................................ به شماره ملی............................... مشمول قراردادکارگری/ قانون کار اظهار می دارم اطلاع رسانی لازم در خصوص پرداخت حق بیمه خدمت نظام وظیفه توسط اداره منابع انسانی محل خدمت به اینجانب انجام و متعهد می گردم در اسرع وقت نسبت به پرداخت حق بیمه خدمت نظام وظیفه اقدام و عواقب عدم پرداخت آن در زمان بازنشستگی بر عهده اینجانب می­باشد.

**نام و نام خانوادگی:**

**امضا :**