

« اعلام انصراف و تعهد »

اداره کل تامین اجتماعی استان

اینجانب بیمه شده شماره به شماره کد ملی انصراف خود را نسبت به اجرای رای صادره مورخ اداره کل تعاون ، کار و رفاه اجتماعی استان (کمیته استانی) جهت مشاغل مطروحه طی فرم شماره (۱) « درخواست بررسی و تطبیق مشاغل بیمه شده در کارهای سخت و زیان آور » به شماره تاریخ که در دبیرخانه اداره مذکور به ثبت رسیده اعلام داشته و تعهد می نمایم که منبعد (در زمان بازنشستگی) هیچگونه ادعائی نسبت به بهره مندی از سنوات ارفاقی ناشی از اشتغال در مشاغل سخت و زیان آور نداشته باشم .

محل تأیید امضاء از سوی دفتر اسناد رسمی :

نام و نام خانوادگی :

تاریخ :

امضاء :

درخواست متقاضی با رأی کمیته استانی مورخ مطابقت داده شد. صحت تاریخ درج

شده مورد تأیید بوده و متن تعهد نامه ، غیر مخدوش و بدون خط خوردگی است.

مسئول امور فنی مستمریها

شعبه

این قسمت توسط سازمان تامین اجتماعی تکمیل می گردد.